



Comorbilidad clínica entre trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente. Una perspectiva cognitivo-conductual

Estudio de caso único

Naimara Gutiérrez Parodys
200098265

Universidad del Norte

División de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Barranquilla, 2019



Comorbilidad clínica entre trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente. Una perspectiva cognitivo-conductual

Estudio de caso único

**Naimara Gutiérrez Parodys
200098265**

Trabajo de grado

Tutora

**Marleyn Margarita Serrano Ramírez
Ph.D. Psicología**

Maestría en Psicología

Profundización en Psicología Clínica

División de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Barraquilla, 2019

Tabla de Contenido

1. Información general del Estudio de Caso.....	8
1.1. Título	8
1.2. Resumen	8
1.3. Abstract.....	9
2. Introducción.....	10
3. Justificación.....	13
4. Planteamiento del Problema.....	20
5. Objetivos.....	25
5.1. Objetivo General.....	25
5.2. Objetivos Específicos.....	25
6. Historia Clínica.....	26
6.1. Identificación.....	26
6.2. Contacto Inicial.....	26
6.3. Motivo de Consulta.....	27
6.4. Quejas Principales de la Paciente.....	27
6.4.1. Aspecto Cognitivo.....	27
6.4.2. Aspecto Emocional/ Afectivo.....	28
6.4.3. Aspecto Conductual.....	28
6.4.4. Aspecto Fisiológico.....	28
6.4.5. Aspecto Relacional.....	28
6.4.6. Aspecto Contextual.....	28
6.5. Identificación y Descripción de Problema.....	29
7. Proceso de Evaluación.....	32
7.1. Análisis Funcional.....	32
7.2. Relación Molar de los Problemas.....	36
7.3. Análisis Histórico o Análisis de Desarrollo.....	38
7.3.1. Historial Personal.....	38
7.3.2. Historia Familiar.....	39
7.3.3. Historia Académica y/o Laboral.....	42
7.3.4. Historia socio-afectiva.....	43

7.3.5. Historia Sexual.....	45
7.3.6. Historia del Problema.....	46
7.4. Proceso de Evaluación Clínica.....	50
7.4.1. Pruebas Aplicadas.....	53
7.4.2. Resultado de Pruebas Aplicadas.....	54
7.4.3. Gráficas y análisis de Pruebas Aplicadas.....	57
8. Conceptualización y Formulación Clínica.....	78
8.1. Diagnóstico.....	78
8.1.2 Diagnóstico Diferencial.....	81
8.1.3. Criterios Diagnósticos basados en el DSM-V.....	85
8.2. Factores de Desarrollo.....	90
8.3. Conceptualización Cognitiva.....	106
9. Diseño del plan de Intervención.....	115
9.1. Objetivos y Plan de Tratamiento.....	115
10. Descripción Detallada de las sesiones.....	130
10.1. Primera Sesión.....	130
10.2. Segunda Sesión.....	133
10.3. Tercera Sesión.....	135
10.4. Cuarta Sesión.....	135
10.5. Quinta Sesión.....	136
10.6. Sexta Sesión.....	137
10.7. Séptima Sesión.....	138
10.8. Octava Sesión.....	139
10.9. Novena Sesión.....	140
10.10. Décima Sesión.....	140
10.11. Undécima Sesión.....	141
10.12. Duodécima sesión.....	142
10.13. Décima Tercera Sesión.....	143
10.14. Décima Cuarta Sesión.....	143
10.15. Décima Quinta Sesión.....	144

10.16. Décima Sexta Sesión.....	144
11. Marco Teórico.....	145
11.1. Aspectos generales.....	145
11.2. Ansiedad.....	149
11.3. Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	155
11.4. Trastornos depresivos.....	162
11.5. Trastornos de Personalidad.....	167
11.6. Dependencia Emocional.....	178
11.7. Comorbilidad Clínica.....	181
11.8. Técnicas de Intervención.....	183
12. Análisis e Interpretación del Caso.....	193
13. Conclusiones y Discusión.....	197
14. Referencias Bibliográficas.....	201
15. Anexos.....	209

Índice de Tablas

Tabla 1. Problema 1. Problemas en la relación de pareja.....	33
Tabla 2. Problema 1. Problemas en la relación de pareja.....	34
Tabla 3. Problema 2. Respuesta de Ansiedad.....	34
Tabla 4. Problema 2. Respuesta de Ansiedad.....	35
Tabla 5. Problema 3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico	35
Tabla 6: Línea de Tiempo.....	49
Tabla 7 Pruebas Aplicadas	53
Tabla 8 Resumen de Resultados de Pruebas Aplicadas/ Análisis Cuantitativo.....	54
Tabla 9 Presentación de Resultados CCE-TP.....	64
Tabla 10 <i>Presentación de Resultados CCE-TP-Replicación</i>	68
Tabla 11 Paralelo aplicación 12/05/2018 y replicación 24/05/2018 del CCE-TP.....	70
Tabla 12 Presentación de Resultados Cuestionario EMT.....	72
Tabla 13: <i>Replicación (17/11/2018) EMT</i>	75
Tabla 14 Paralelo de Diagnósticos según DSM-IV-TR / DSM-V	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 19 Plan de Intervención.....	122
Tabla 24 Dependencia Emocional y sus Conceptos Afines	179
Tabla 25 Definición de Habilidad Social	190

Índice de Gráficas.

Gráfica 1. Relación Molar de los Problemas	37
Gráfica 2 Genograma	41
Gráfica 3 Simbología.....	41
Gráfica 4 Inventario de Ansiedad (BAI)	58
Gráfica 5: Replicación Inventario de Ansiedad.....	59
Gráfica 6 Inventario de Depresión de Beck (BDI)	61
Gráfica 7 Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, CCE-TP	65
Gráfica 8 CCE-TP REPLICACIÓN	69
Gráfica 9 COMPARATIVO APLICACIÓN (12/04/2018) Y REPLICACIÓN (24/11/2018) DEL CCE-TP ..	71
Gráfica 10 Cuestionario EMT	72
Gráfica 11 Replicación EMT 17/11/2018	75
Gráfica 12 Relación entre los resultados del CCE-TP y EMT	77
Gráfica 13 Resultado Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley.....	77
Gráfica 14 Replicación Inventario de Maudsley	79

1. Información General del Estudio de Casos

1.1. Título

Comorbilidad Clínica entre Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Depresivo Persistente y Características de Personalidad Dependiente. Una Perspectiva Cognitiva- Conductual.

Investigador: Naimara Gutiérrrez Parodys

Tutor: Marleyn Margarita Serrano Ramírez

1.2. Resumen

El presente trabajo tiene como variable de investigación, el proceso psicoterapéutico desde el modelo cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica, empleando la metodología de estudio de caso clínico. El propósito del mismo es diseñar un plan de intervención bajo el enfoque mencionado, que de manera pertinente resuelva las categorías de formulación clínica establecidas por la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente, a través de la descripción de los componentes históricos, evolutivos y de desarrollo que estructuran la organización cognitiva y conceptualización de la relación de simultaneidad de los trastornos presentes. De acuerdo con los hallazgos y al marco de referencia de la paciente (conceptualización cognitiva-formulación clínica), se extraen las conclusiones que argumentan la eficacia del tratamiento.

Palabras Claves: Comorbilidad Clínica, Terapia Cognitivo-Conductual, Características de personalidad dependiente, desórdenes afectivos-emocionales.

1.3. Abstract

This analysis has as a research variable the psychotherapeutic process from the cognitive-behavioral model in light of clinical comorbidity, considering the clinical case study methodology. The purpose is to design an intervention plan under the aforementioned approach, which accurately solves the categories of clinical formulation established by the relationship between obsessive-compulsive disorder, persistent depressive disorder, and dependent personality characteristics, through the description of the historical, evolutionary, and developmental aspects that structure the cognitive organization and conceptualization of the relationship of simultaneity of the disorders, subject of this study. The conclusions that result according to the findings and the patient's frame of reference (cognitive conceptualization-clinical formulation) will support the efficacy of the treatment.

Key Words: Clinical Comorbidity, Cognitive-Behavioral Therapy, Characteristics of dependent personality, affective-emotional disorders.

2. Introducción

Teniendo en cuenta el propósito de formar profesionales que cuenten con un marco de referencia teórico, práctico e investigativo para la comprensión, la evaluación, el diagnóstico y la intervención del ser humano basado en los enfoques existentes de psicoterapia. Se presenta el estudio de caso como requisito de grado, para la obtención de título de la Maestría en Psicología, modalidad de profundización (en psicología clínica) otorgado por la Universidad del Norte; documento que da cuenta de la resolución de los interrogantes que surgieron en la práctica clínica realizada en el Centro de Atención Integral a la Familia Santa Rosa de Lima (CAIF)

En este documento se presenta la consolidación del proceso de psicoterapia desde el enfoque cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica y la formulación del caso elegido para el ejercicio de investigación, relacionando los elementos teóricos y prácticos con respecto al proceso de evaluación, que incluye la identificación y caracterización de la paciente, del motivo de consulta y sus manifestaciones clínicas, por una lado y por el otro, de las hipótesis de evaluación, presunciones clínicas, definición de las técnicas e instrumentos elegidos. Así mismo, la presentación de diálogos, donde se evidencian el sistema de creencias de la paciente y las habilidades de la terapeuta en formación en el proceso clínico. En segunda instancia, la conceptualización teórica y clínica, presentando los argumentados con relación a las hipótesis explicativas de la génesis, desarrollo y consolidación de los trastorno clínicos existentes, las hipótesis de mantenimiento y las condiciones de fortalecimiento o resiliencia (factores de protección) que posea la paciente en su condición clínica. Por último, la descripción argumentativa frente al plan de intervención diseñado para la paciente, resaltando los

objetivos, las técnicas y el nivel de logro esperado, realizando la descripción de sesiones que den cuenta del tratamiento.

Teniendo en cuenta el título del documento: “Comorbilidad Clínica entre Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Depresivo Persistente y Características de Personalidad Dependiente. Una Perspectiva Cognitivo-Conductual”. Se presentarán conceptos claves para el desarrollo del estudio de casos.

El concepto de comorbilidad clínica indica la coexistencia de dos o más enfermedades en el mismo paciente, en este caso, se analiza la coexistencia del trastorno obsesivo compulsivo, el cual se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos intrusivos que causan malestar significativo y generan ansiedad) y/o compulsiones (comportamientos que se encuentran dirigidos a neutralizar la ansiedad provocada por las obsesiones) (American Psychiatric Association, 2014). También, se encuentra el trastorno depresivo persistente, conocido como distimia, que es comprendido como una forma de depresión continua y crónica (a largo plazo), que contemplan el cumplimiento de criterios diagnósticos como la pérdida de interés frente a las actividades cotidiana, desesperanza, baja autoestima, sensación de fracaso, entre otros. Por otra parte, según Colina y Rodríguez (2008), las características de personalidad dependiente se expresan como falta de autonomía o independencia para llevar a cabo un tipo de acciones o realizar funciones. Estas características denotan a su vez, déficit con relación a la valoración de sí mismo y en la toma de decisiones (Citado en Serrano Ramírez & Abello Luque, 2011)

A su vez, vale la pena mencionar que los principales referentes teóricos para este estudio de casos son Judith S. Beck y Jeffrey Young, ya que son autores que realizaron aportes

significativos a la terapia cognitivo- conductual, exponiendo sus principios y brindando las aproximaciones teóricas y prácticas para el proceso de evaluación, la conceptualización, formulación e intervención clínica, propias de este enfoque.

Por último, dentro las discusiones y conclusiones presentadas, se resalta la importancia de la metodología elegida, estudio de casos, para el análisis de la variable de investigación (proceso terapéutico desde el enfoque cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica) y la aplicación de los principio de la terapia cognitiva, donde se resalta que el proceso terapéutico debe planearse con relación a la conceptualización clínica de la paciente, que es el marco de referencia y a la formulación dinámica de sus problemas planteados en términos cognitivos.

3. Justificación

Dentro de la delimitación de las actividades en la psicología clínica se encuentra la realizada por J.H. Resnick (1991), quien describe este campo como aquél que “comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes” (Citado en Trull & Phares, s.f, pág. 4).

Definiendo la investigación como una acción propia del campo, se puede decir que los estudios de caso (EC) están orientados a establecer un vínculo entre el cuerpo teórico y la práctica clínica; La importancia de estos diseños se ha visto reflejado en la historia y en el papel que cumplieron en la consolidación de las bases de muchas teorías psicológicas que han permanecido hasta la fecha. Jones (1993) explica el resurgimiento de los EC, exponiendo cómo desde la perspectiva investigativa, los innumerables resultados obtenidos por medio de la comparación de grupos no lograron discriminar las prácticas clínicas más eficaces, presionando de esta manera, la búsqueda de diseños alternativos. Además, desde el actuar y el quehacer clínico se ha identificado la necesidad de difundir los métodos de trabajo, con la finalidad de llegar a acuerdos.

Con relación al último punto, Jones (1993) indica la existencia de la creencia de que los estudios de casos no posibilitan la generación de hipótesis generales, no obstante, pueden ser empleados para la comprobación de hipótesis clínicas particulares. (Rousos, 2007); Buela

Casal & Sierra (2002), con respecto a la metodología de los EC empleada por la psicología en la actividad de investigación, afirman:

“...es una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos puedan entenderlas y discutir las, lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica” (Citado en Zuluaga Hurtado & Arias Zuleta, 2018, pág. 7)

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio de caso realizado en el contexto de la Maestría en Psicología, Profundización en Clínica de la Universidad del Norte en Barranquilla-Colombia, pretende argumentar y sustentar desde el enfoque cognitivo-conductual, el proceso terapéutico desarrollado en el caso escogido para dicha actividad académica. Por tal motivo, se plantea un estudio de caso único orientado al análisis de la coexistencia del trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente y su impacto en el diario vivir de la consultante, viéndose reflejado no solo en su historia personal, sino también en las diferentes áreas de ajuste. Para tal ejercicio, se resalta la importancia de la conceptualización clínica como punto de partida en la construcción teórica realizada alrededor de las problemáticas expresadas por la paciente, aportando de esta manera, argumentos con relación a la elección y modificación de las estrategias de intervención estipuladas en el plan de tratamiento, con la finalidad de incrementar su efectividad.

La importancia del estudio de la comorbilidad clínica radica en el pronóstico otorgado a los trastornos presentes. Por ejemplo, se conoce gracias a las investigaciones de Quiroga y Errasti (2001) que los trastornos o las características de personalidad en coexistencia con cuadros clínicos del Eje I, aumentan la intensidad, magnitud y frecuencia de la sintomatología, disminuye la posibilidad de mejora tras el tratamiento, ya que se observa la persistencia del malestar, incluyendo la tendencia a la cronicidad del trastorno afectivo (Citado en Serrano Ramírez & Abello Luque, 2011)

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (2019) en una de sus notas descriptivas sobre los trastornos mentales, comenta que la prevalencia de los mismos se encuentra en aumento, provocando efectos significativos en el bienestar de las personas, generando consecuencias desfavorables a nivel socioeconómico y en el contexto de los derechos humanos en todos los países. Cabe resaltar que la OMS conceptualiza a la depresión, como: “un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo...” afectando a más de 300 millones de personas a nivel mundial, con mayor prevalencia en las mujeres. También, esta organización identifica las vivencias que el adulto pueda tener en el entorno laboral como una variable a considerar en el incremento de bienestar o como un factor que precipite la aparición de problemas físicos y psíquicos, en los que sobresalen los trastornos por depresión y por ansiedad, cuadros clínicos que a su vez, impactan la capacidad de trabajo de los empleados. De acuerdo a un estudio realizado por la OMS en el 2017, se logró estimar el costo generado por estas psicopatologías en la economía mundial, esta cifra se aproxima a US\$ 1 billón en pérdida de productividad.

Por otro lado, en el contexto colombiano la información con relación a la salud mental, los problemas y los trastornos mentales se encuentra en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015). Los resultados con respecto al grupo etario de adultos (18 a 44 años) arrojan un SRQ+: 9,6%- 11,2%; en lo que respecta a condiciones crónicas, los datos se clasifican de la siguiente manera: persona con una (1): 2,2%-5,9%; personas con dos (2):10%; personas con tres (3): 17%; personas con por lo menos una (1) que limita las actividades: 8,2%-21%. Cabe mencionar que uno de los objetivos específicos de este estudio fue “...estimar la percepción de calidad de vida relacionada con salud que tiene la población adulta en Colombia”. (Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias; Pontificia Universidad Javeriana; Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015, pág. 11) Frente al interrogante ¿qué es tener salud mental?, las respuestas más frecuentes fueron: Salud física, comer, dormir, descansar (47,0%); sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo (39,7); superar dificultades y seguir adelante (38,4%); no preocuparse, no estresarse, no sufrir (32,3%).

En las investigaciones actuales, el estudio de la salud y la enfermedad se realiza desde una perspectiva del ciclo vital, donde se considera la acumulación de vivencias y la exposición a entornos nocivos en el transcurso de la vida, como un predictor ante la aparición de enfermedades o el incremento de riesgo ante la muerte prematura. Es así como, se argumenta que las enfermedades que se consideran como problema en la salud pública son el resultado de factores que están presentes en la complejidad del sistema biopsicosocial. López Jiménez, María y cols. (2011) en su artículo “Funcionamiento Familiar, Creencias e Inteligencia Emocional en Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo y sus Familiares”, exponían que durante el siglo XXI, la esperanza de vida del ser humano había incrementado de forma

significativa, sin embargo, los trastornos mentales habían adquirido una dimensión de mayor relevancia, debido a su característica de provocar discapacidades prolongadas, realizando una proyección, de que éstas enfermedades ocuparán el segundo lugar como “generadoras de más años de discapacidad (AVAD) en la vida productiva de las personas” (López Jiménez, Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Guines, & Jaime L., 2011, pág. 113)

En consonancia con lo anterior, se menciona que dentro de las consecuencias funcionales del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) descritas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 se puede destacar la vinculación de éste cuadro clínico con la disminución de la calidad de vida basado en el deterioro de diferentes dominios de la vida, por ejemplo: social y laboral. Deterioro que se encuentra determinado por la gravedad de los síntomas, tales como la magnitud de las obsesiones y las compulsiones, o las estrategias de evitación utilizadas ante las situaciones generada por las obsesiones y/o compulsiones. Cabe destacar que las personas con TOC presentan con frecuencias otras psicopatologías en los que sobresalen los trastornos de ansiedad en un 76%, seguido por los trastornos depresivos o bipolar en un 63%. (American Psychiatric Association, 2014)

Por otra parte, teniendo en cuenta los resultados de la ENSM (2015) se puede observar que en la población colombiana, las prevalencias de los rasgos maladaptativos e inflexibles de la personalidad se encuentran en el grupo B (límite: 4,6%; antisociales:1,8%), seguidos por el grupo C (0,6%). Al comparar los datos obtenidos por medio de la Encuesta Nacional de Salud Mental con las estadísticas mundiales, se evidencia en ambos casos la presencia de seis (6) o más características de personalidad del grupo B, resaltando como factor común las altas cifras frente a los rasgos que indican impulsividad o desregulación emocional. Por otro lado, las

cifras obtenidas indican que el 46% de las personas están convencidas de que “existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo” (grupo A); que el 35,6% señalan que “no, se siente mal cuando ofende o molesta a alguien” (grupo B) y el 35,4% señalan que “muestran los sentimientos a cualquier persona” (grupo C). (Fernando Oviedo, Gómez-Restrepo, Rondón, Borda Bohigas, & Tamayo Martínez, 2016).

Cabe resaltar que en lo que respecta a esta categoría diagnóstica, en la mayoría de los casos, las personas presentan trastornos de personalidad concomitantes de los distintos grupos (9,1%). Sin embargo, la prevalencia de los diversos clusters reportan un 5,7% para los trastornos del grupo A; un 1,5% para los trastornos del grupo B; un 6,0% para los trastornos del grupo C. (American Psychiatric Association, 2014).

Por lo anterior, es importante realizar aportes teóricos y prácticos con respecto a la comorbilidad clínica entre la alteración en el estado de ánimo, las respuestas de ansiedad y las características de personalidad dependiente, por medio de la descripción detallada de los aspectos históricos que incidieron en el origen y la estructuración del esquema de Inamabilidad como construcción personal, logrando de esta manera, analizar la eficacia de un plan de intervención orientado a la resignificación del esquema y la reconfiguración adaptativa de la sintomatología comorbida. Resaltando la importancia de la conceptualización cognitiva para el logro de los objetivos propuestos en el estudio de casos.

La conceptualización cognitiva le brinda al terapeuta, un marco que favorece su comprensión del paciente, por medio de la formulación de preguntas orientadas a la recolección de información precisa con relación al diagnóstico, los problemas actuales (su etiología; los factores que lo mantienen) y las reacciones (emocionales, cognitivas, fisiológicas y

comportamentales) que se encuentran asociadas a los mismos, con la finalidad de establecer hipótesis con relación al trastorno psicológico en particular (Beck J. S., 2008). Según Persons (1989), este marco ayuda a planificar una teoría eficaz y eficiente; orgánico y siempre en evolución, ya que su construcción inicia desde el primer contacto y se profundiza con cada encuentro, a través de la confirmación, la eliminación y modificación de las hipótesis.

Por su parte, la Terapia de Esquemas (TE) ayuda a significar los problemas crónicos y generalizados, organizándolos de una forma más comprensible tanto para el terapeuta como para el paciente. Este modelo analiza el desarrollo de los esquemas desde la infancia hasta la actualidad, haciendo énfasis en la evaluación de las relaciones sociales del consultante. Por medio de la TE, el terapeuta establece un vínculo con el paciente con la finalidad de hacerle frente a sus esquemas maladaptativos, a través de estrategias cognitivas, afectivas, conductuales e interpersonales. (Young, Klosko, & Weishaar, 2013)

Por tal motivo, se considera relevante para éste estudio de casos, resaltar el valor de la conceptualización en el ejercicio clínico, considerándolo como el punto de partida para la construcción teórica alrededor de los problemas y las quejas manifestadas por la paciente, argumentando de esta manera, la elección, modificación y diseño en torno a la toma de decisiones para obtener un plan de tratamiento efectivo.

4. Planteamiento del Problema

La Ley 1616 del 2013 en Colombia, define la salud mental de la siguiente manera:

“Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014, pág. 1)

Con respecto a este concepto se debe enfatizar que el comportamiento y/o la conducta humana es el resultado, por una parte de variables genéticas, biológicas, congénitas y por la otra, de factores presentes en la historia de vida de cada individuo, enmarcados en un contexto familiar, social y cultural. Por tal motivo, no puede comprenderse la definición de salud mental sin ser relacionada como un constructo social que pueda variar de un entorno a otro, de acuerdo a los criterios que se tengan asignado de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad por cada grupo social, sin importar el número de sus integrantes. Lo anterior, ejerce una influencia directa en la sensación de sanidad o enfermedad que las personas pertenecientes a un determinado colectivo, perciban o no. (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario discutir la importancia de incluir en la comprensión de la sintomatología, un análisis de las hipótesis del desarrollo. En este sentido,

Leónidas Castro Camacho (2018) en la definición de los elementos de la formulación clínica basada en procesos, plantea el “análisis molar longitudinal: hipótesis de adquisición” como el proceso por medio del cual, se obtiene datos sobre el inicio de cada problema identificado, relacionando las vulnerabilidades y los factores protectores a partir de la historia del paciente. Con respecto a las vulnerabilidades, el teórico las describe como eventos estresores que contribuyeron con la aparición del problema. Estos sucesos, por lo general, son únicos y no repetitivos. Por otra parte, se encuentran los factores protectores, aquellos que según el mismo autor, se pueden emplear como recursos para la intervención, ya que denotan la presencia de habilidades y/o ambientes que han favorecido el control y las estrategias de afrontamiento.

Cabe resaltar que el análisis descrito en el último párrafo, sólo obtiene una visión panorámica, cuando el psicoterapeuta establece una relación entre los problemas identificados, indicando la precedencia o el orden en la cadena causal de cada uno, por una parte y por la otra, especificando los antecedentes o consecuentes que son comunes en ellos y realizando la valoración del impacto que éstos tienen en las diferentes áreas de ajustes. (Caballo V. E., 1998)

De esta manera, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales se encuentran determinados por la presencia de signos y síntomas que obedecen a la interacción de pensamientos, percepciones, comportamientos, sentimientos y relaciones, que se manifiestan teniendo en cuenta los siguientes elementos: duración, coexistencia (comorbilidad), intensidad y el nivel de afectación en la funcionalidad de las áreas de desempeño.

También en este apartado, es relevante hacer alusión a los principios de la terapia cognitiva propuestos por Judith S. Beck (2008), ya que en éstos son los que fundamentan el proceso terapéutico desde el enfoque mencionado, haciendo énfasis en los siguientes:

- ✓ Principio 1: *La TCC tiene como base la formulación dinámica y cambiante del paciente y los problemas identificados en términos cognitivos*: hace referencia a la necesidad de conceptualizar el malestar de la persona en el marco de su pensamiento presente y sus conductas problemáticas. Ya que estos se alimentan y refuerzan de manera bidireccional. En segunda instancia, el profesional identifica los factores desencadenantes que contribuyeron en la aparición de la psicopatología, y en última instancia, el psicoterapeuta elabora hipótesis sobre los acontecimientos claves en el desarrollo del trastorno o del problema que merece atención clínica y los modelos que intervienen en su interpretación.
- ✓ Principio 4. *La TCC se encuentra dirigida por objetivos y está centrada en problemas específicos y particulares*. La primera solicitud del/ de la terapeuta es pedirle al/ a la paciente que enumere sus problemas y con base en ellos, diseñe o plantee sus objetivos.
- ✓ Principio 10. *La TCC emplea diversas técnicas para llevar a cabo la re-estructuración cognitiva, la estabilización del estado de ánimo y la modificación del comportamiento*. En este aspecto, se debe mencionar que en este enfoque se permite la utilización de herramientas que provienen de las otras orientaciones. La elección de las mismas, obedece a la formulación y conceptualización de cada caso, teniendo en cuenta los objetivos establecidos para cada sesión.

En consonancia con los principios mencionados, los autores Villaroel G., Juana; Jerez C., Sonia; Montenegro M., M. Angélica et al. (2013) en su artículo “Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico”, sostienen que existen un sinnúmero de factores, variables y/o motivaciones que pueden desencadenar conductas disfuncionales, poniendo en relieve, la necesidad imperativa de identificar

elementos correspondientes a los antecedentes personales (trastornos mentales), al establecimiento de límites y factores de riesgos, a la presencia de patologías concomitantes, con la finalidad de establecer una guía con respecto al manejo clínico apropiado. Por su parte, Guido Korman y Mercedes Sarudiansky (2011) exponen las implicaciones y el impacto que ha tenido la conceptualización de la depresión como enfermedad recidivante, crónica y su explicación desde las diferentes teorías causales sobre la intervención orientada a factores específicos que promueven la eficacia y efectividad de la psicoterapia para los trastornos afectivos.

Atendiendo a lo anterior, se formulan la siguiente pregunta orientadora para la realización del estudio de casos: ¿Cómo se construye una postulación teórica que permita conceptuar la relación clínica de la sintomatología que alterna su peso entre patologías de la conducta y de la personalidad en la paciente? Ya que por medio de este interrogante, se llevará a cabo un cuestionamiento del ejercicio profesional en torno a la toma de decisiones para el diseño del plan de intervención, brindando un proceso clínico y psicoeducativo sobre el afrontamiento de las conductas sintomáticas de primer orden y la re-estructuración de las condiciones cognitivas que actúan como base frente al sistema de creencias inflexibles que disponen las características de la personalidad.

El proceso terapéutico del caso elegido, se inició con un motivo de consulta constituido por múltiples quejas, demostrando la dificultad de la paciente para enfocar su malestar alrededor de una categoría diagnóstica correspondiente a un trastorno, a un problema que pudiera ser considerado como objeto de atención clínica o a la configuración/presencia de características de personalidad. Razón por la cual, se evidencia la importancia de la conceptualización clínica

y la exigencia presentada al terapeuta de emplear la habilidad para establecer una relación entre la sintomatología que le permitiera trazar el curso del tratamiento de manera eficaz.

Teniendo en cuenta lo anterior, se resalta lo expuesto por Vicente E. Caballo (1998), sólo se obtiene una visión completa y particular del malestar de la paciente, cuando el terapeuta logra establecer una relación y conceptualizar los problemas.

En este sentido, este estudio de caso (EC) pretende realizar aportes teóricos con relación a la conceptualización clínica y su contribución en la comprensión y diferenciación del diagnóstico de la paciente, delimitando un plan de tratamiento dirigido a la resolución de la relación clínica entre los trastornos presentes, identificando oportunidad de mejoras en las prácticas terapéuticas empleadas en casos futuros.

5. Objetivos.

5.1. Objetivo General

- Desarrollar una postulación teórica que posibilite la conceptualización de la relación clínica de la sintomatología que alterna su peso entre patologías de la conducta y de la personalidad en la paciente escogida para el estudio de casos.

5.2. Objetivos específicos

- Describir los componentes históricos, evolutivos y de desarrollo que estructuran la organización cognitiva de la relación de simultaneidad entre el trastorno, de la sintomatología depresiva, ansiosa y las características personalidad dependiente.
- Conceptuar desde el modelo cognitivo-conductual, las alteraciones afectivas, emocionales con la configuración de la personalidad disfuncional y su relación clínica.
- Diseñar un plan de intervención cognitivo-conductual que de manera pertinente resuelva las categorías de la formulación clínica establecidas por la relación entre trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de la personalidad dependiente.

6. Historia Clínica

6.1. Identificación

Paciente femenina nacida en Estados Unidos, el 18 de septiembre de 1989. Con un nivel de formación de Magister y se desempeña como docente de inglés en el centro de idiomas de la Universidad del Norte de la ciudad de Barranquilla, lugar de residencia en ese momento.

Quien inicia el proceso por voluntad propia, el 16 de septiembre del 2017.

6.2. Contacto Inicial

Según Marco Fierro (2008), el examen mental consiste en la descripción del estado psíquico del paciente, que se encuentra basado en los datos obtenidos a través de la observación de la conducta no verbal y el análisis del contenido verbal de lo manifestado por el consultante. El propósito del mismo, es identificar la presencia de signos y síntomas correspondientes a algún trastorno mental. A continuación, el contacto inicial:

La paciente llega sola y por iniciativa propia a consulta en el Centro de Atención Integral a la Familia Santa Rosa de Lima (CAIF), se encuentra ubicada en persona, tiempo y espacio. Se mostró interesada y participativa, manteniendo contacto verbal, demostrando fluidez y coherencia en su lenguaje, respondiendo de forma adecuada las preguntas realizadas en sesión, aunque en ocasiones no encontraba palabras para expresar sus ideas (Su lengua nativa es el inglés). Su presentación personal estuvo acorde con su edad cronológica, nacionalidad y el contexto. Se mostró ansiosa (movimiento repetitivos de manos y pies, enrojecimiento de rostro). Se evidenció, llanto y evitación de contacto visual, en ocasiones.

6.3. Motivo de consulta

Paciente: “Tengo problemas de ansiedad, me preocupo, me estreso, me pongo triste. Me da dolor de estómago, me pongo a pensar en el futuro que tengo con mi pareja... él no está trabajando y está estresado”.

Marco Fierro sostiene que: “el motivo de consulta está fuertemente relacionado con el propósito de la evaluación. Incluye (aunque no se limita a) la queja principal del paciente, la que debe ser evaluada con suficiente detalle para comprender lo que la persona identifica como problemático y la lleva a buscar ayuda o atención...” (Fierro Urresta, 2008, pág. 28)

6.4. Quejas principales de la paciente

A continuación se mencionarán las principales quejas de la paciente.

6.4.1. Aspecto cognitivo

Ideas acerca de sí misma: “quiero menos ansiedad y una manera más saludable de resolver mis problemas con mi pareja”

Ideas acerca de los demás/Ideas acerca del Mundo y de la Vida- Visión Catastrófica: “no puedo ver noticias ni hacer planes para irme para allá porque pienso que se la van a negar o si estamos allá que lo vayan a encarcelar o deportar” “esto va a pasar con mi novio, es injusto” “mi mamá y mi hermana no van a gustar de él” “él no va a gustar de mi mamá y mi hermana”

Ideas acerca de sí misma/ Ideas acerca de los Demás-Interpretación del Pensamiento; Filtraje o abstracción selectiva: “si les digo a los otros lo que pasó, van a verme como un fracaso, una boba o engañada” “si no me responde el celular u observo algún cambio en la casa, vigilo todo y veo todo como prueba” “creo historia, que tiene otra y me va a dejar”

Ideas acerca de sí misma- Culpabilidad: “le fallé a mi novio, porque me lo traje para acá y lo está pasando mal” “el vino acá por mí y no ha conseguido lo que quiere acá” “me siento culpable no saber y no haber hecho nada para ayudarlo”

Ideas acerca de sí misma: “no consigo estar solita” “me aterra no tener a mi novio al lado y no tener un futuro con él”

6.4.2. Aspecto emocional/afectivo:

Ansiedad, Miedo, Rabia, Tristeza

6.4.3. Aspecto conductual:

Llanto, agresiones verbales, limpiar, revisar el closet y la basura.

6.4.4. Aspecto Fisiológico:

Dolor de estómago, náuseas, dolor de cabeza, disminución del apetito, insomnio, disminución en el apetito sexual, agitación psicomotora (manos-pies), taquicardia, taquipnea (sensación de ahogo)

6.4.5. Aspecto Relacional:

Relación conflictiva con la pareja, presenta dificultades en la comunicación y en la resolución de conflictos. Relación conflictiva con la madre

6.4.6. Aspecto Contextual:

Hogar- laboral

6.5. Identificación y descripción de problemas

Cormier y Cormier (2000) en su libro “Estrategias de Entrevista para Terapeutas” sugieren una manera de identificar los problemas del consultante, teniendo en cuenta las condiciones que contribuyen a los mismos. El enfoque que defienden estos autores, propone una definición <<operativa>> u <<objetiva>> del problema, ya que funcionan como una medida al especificarse de forma clara, dejando atrás, etiquetas ambiguas del informe suministrado por el/la paciente. En palabras de Mischel (1968) “el énfasis está en lo que hace la persona en determinadas situaciones más que en las inferencias sobre los atributos globales que tiene». (Citado en Cormier & Cormier, 2000, pág. 215)

De esta manera, se da paso a los problemas identificados en la paciente:

Problema 1. Problemas en la relación de pareja.

KH manifiesta que su relación con L se ha tornado conflictiva, a partir del mes de mayo por causa de la inestabilidad laboral en la cual se encuentra su pareja. Las discusiones entre K y L se presentan una vez por semana y la paciente las describe de la siguiente manera: "en casa con mi novio, que no consigo comunicarme con él, discutimos por los deberes de la casa o cuando planeamos algo y no sale 100% perfecto" "yo pienso que él no sabe manejar sus emociones por eso discutimos tanto". Luego de una discusión, la duración del malestar generado puede variar de 30 minutos a dos días, dependiendo de la intensidad de la misma. En este tiempo, KH y L no se dirigen la palabra y evitan realizar actividades o compartir espacios. Las verbalizaciones cognitivas de esta problemática son: "siempre va a ser así, así va a ser con nuestros hijos" "yo debo confiar en el" "ya es demasiado tarde para tratar de

separarnos" "la soledad es triste y deprimida que no tenga a mi mejor amigo, a mi novio al lado y no tener un futuro con él"

Problema 2. Respuesta de Ansiedad

Las respuestas de ansiedad se dan todos los días, con una intensidad de 7 (del 1 al 10) y su duración puede oscilar de una a seis horas. En KH, estas respuestas se caracterizan por la aprensión hacia el futuro, un temor persistente a que ocurra lo peor (catastrofización) y una incapacidad para relajarse. Lo anterior, se da en el área laboral, familiar y afectiva, pero en su gran mayoría están relacionadas al tema de inmigración, ya que su pareja es de Perú y ella de los Estados Unidos. Cuando ve las noticias sobre la situación actual de EEUU, su respuesta cognitiva suele ser: "es injusto, esto va a pasar con mi novio" "en estos momentos no podremos entrar" "debemos esperar mucho tiempo para que le den la visa". Estas verbalizaciones le generan miedo (60%), rabia (20%) y tristeza (20%) y están asociadas a la siguiente sintomatología fisiológica: taquicardia, taquipnea, enrojecimiento en el rostro, dolor de estómago, náuseas.

Por otro lado, la paciente reporta pensamientos recurrentes sobre la posible infidelidad de su pareja, tales como: "una mujer está en mi casa" "está hablando con una chica" "está buscando algo en secreto u ocultando"; estas respuestas cognitivas suelen presentarse ante las siguientes situaciones: sus llamadas o mensajes no son contestados(as) u observa algún cambio en la residencia ("basura afuera", "muchas latas de cerveza vacía", "sabana desordenada"). La frecuencia, intensidad, duración y nivel de malestar generado por los mismos dependen del ciclo menstrual. Con relación a lo anterior, KH manifiesta: "cuando estoy menstruando se presentan 3 a 4 veces por día, es más difícil sacarlos de mi mente, no puedo racionalizarlos"

“Cuando no estoy menstruando, 1 vez por día o 3 veces por semana, me es fácil ignorarlos y seguir con lo que estaba haciendo”.

Problema 3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico

La alteración del estado de ánimo se presenta con una frecuencia diaria y una intensidad de 8 (del 1 al 10). Al indagar con respecto a la duración del malestar, KH reporta que esto depende de sus tiempos libres, ya que en esos momentos empieza a tener los siguientes pensamientos: “le fallé a mi novio, porque me lo traje para acá y lo está pasando mal” “el vino acá por mí y no ha conseguido lo que quiere acá”, haciéndose evidente el nivel de culpabilidad de la paciente. También, se encuentra la insatisfacción “me siento aburrida con mi trabajo y con la ciudad”, manifestando que le cuesta iniciar una tarea en el contexto laboral y la incomodidad que tiene frente a la ciudad de Barranquilla por el clima, la cultura y la gente. Por otro lado, expresa que presenta dificultades para tomar una decisión con relación al futuro con su pareja. Cabe resaltar que por los últimos conflictos con L., KH reporta pérdida de apetito e insomnio, este último lo explica de esta manera: “trato de dormir y no consigo, empiezo a pensar y a preguntarme, si ya no me quiere...cuál es la verdad de la infidelidad”. Ante lo anterior, la respuesta conductual principal es el llanto.

7. PROCESO DE EVALUACIÓN

Según Judith S. Beck (2008) “Los pacientes pueden tener miles de pensamientos por día, algunos disfuncionales y otros no. Para que la terapia sea efectiva, el terapeuta elige solamente uno o algunos pensamientos claves para evaluar en una sesión determinada” (pag.137). Con relación a estos pensamientos, se valorará su importancia, el malestar que ocasiona y las reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) que se encuentran asociadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentará el proceso de evaluación realizado con la paciente. Éste a su vez, se realizó con el objetivo de generar una descripción de la realidad actual de KH, plantear hipótesis diagnósticas y comprobar las mismas. En otras palabras, se dirigió a la recolección de información de las distintas áreas de desempeño, la identificación de problemas, las quejas y la búsqueda de explicaciones causales y de mantenimiento (Muñoz López, Roa Álvaro, & Pérez Santos, 2002).

7.1. Análisis Funcional

Con la finalidad de conceptualizar el término “análisis funcional” se recurre a la definición dada por Stephen Starin (s.f.), autor que sostiene que éste obedece a un proceso en el cual se determina la causa o “función” de un comportamiento en específico. Este proceso se debe realizar antes de desarrollar una intervención, debido a que ésta parte de la causa hipotética de la conducta. De lo contrario, pueden surgir un sinnúmero de procedimientos restrictivos, innecesarios e ineficaces. Por otro lado, argumenta que los comportamientos generalmente pueden contemplarse en uno o más de las siguientes categorías: 1) el comportamiento que genera la atención y otros eventos que se desee o se consideren placenteros; 2) aquél que

permite al individuo1 evadir o escapar de los eventos/ las tareas no deseados(as); 3) el comportamiento que se produce por causa de sus consecuencias sensoriales (alivia el dolor).

En otras palabras, el análisis funcional es lo que posibilita el reconocimiento de las relaciones funcionales, modificables y relevantes del problema conductual de una persona. Su propósito principal es organizar y apoyar en la selección de los criterios clínicos, tales como: elegir los objetivos de intervención y la evaluación de los resultados de dicho tratamiento.

(Keawe'aimoku Kaholokula, Bello, Nacapoy, & Haynes, S.f.)

A continuación se presentan los análisis funcionales correspondientes a los problemas identificados en la paciente, estos son: 1. Problemas en la Relación de Pareja; 2. Respuesta de Ansiedad.; 3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico.

Tabla 1. *Problema 1. Problemas en la relación de pareja*

Antecedentes		L. no la ayudó en darle la medicina al gato
Conducta	Rta. Cognitiva	“¿Siempre va a ser así? ¿Por qué no cumple con los deberes? No puedo Sola, estoy cansada... Así va a ser cuando tengamos hijos”
	Rta. Afectiva/Emocional	Rabia (60%), Miedo (40%)
	Rta. Motora/Comportamental	Agresión verbal a L.
	Rta Fisiológica	sensación de pesadez “piedra en el estómago”
Consecuencia.		Evitan realizar actividades juntos o/y compartir espacios. (30 min) Refuerzo Negativo (R-) “Ya es demasiado tarde para tratar de separarnos”
Fuente: Elaboración Propia.		

Tabla 2. *Problema 1. Problemas en la relación de pareja*

Antecedentes		Le dije a L. lo que me dijo mi amigo: “que me había sido infiel”
Conducta	Rta. Cognitiva	"no puedo confiar en nadie, en especial los hombres, boba, loca" "no voy a conseguir decirle a los otros lo que pasó, me van a ver como un fracaso, una boba o una engañada"
	Rta. Afectiva/Emocional	Miedo (20%) Rabia (50%) Tristeza (30%)
	Rta. Motora/Comportamental	Llanto- agresiones verbales
	Rta Fisiológica	nausea, dolor de cabeza, dolor de estómago
Consecuencia.		L. Niega la infidelidad y se enoja. Evitan realizar actividades juntos o/y compartir espacios. (1 semana) "no pasó nada o pasó algo y está pasando, no puedo parar de pensar que algo pasó... no confió en él ni en mi amigo, no sé qué hacer ni que es cierto... ¿mi amigo estará interesado en mí?, no consigo creer que él lo hizo, pero no confío. No consigo perderlo, Ya tenía sospecha, pero creí que era celosa"
Fuente: Elaboración Propia.		

Tabla 3. *Problema 2. Respuesta de Ansiedad*

Antecedentes		Ve noticias sobre la situación migratoria en Estados Unidos
Conducta	Rta. Cognitiva	“Es injusto, eso va a pasar con mi novio, tendremos que esperar para hacer las vueltas de la visa“ “me la van a negar y si lo aceptan, lo van a deportar o meter a la cárcel”
	Rta. Afectiva/Emocional	Miedo (60%) Rabia (20%)Tristeza (20%)
	Rta. Motora/Comportamental	apaga el televisor

Rta Fisiológica	Respiración acelerada, Taquicardia.
Consecuencia.	"mi familia no va a entender porque no ha ido a conocerlo, no van a aceptarlo" "no vamos a poder ir por mucho tiempo a los estados unidos" "mi relación está en peligro" Refuerzo positivo. (R+) Se incrementa la desesperanza

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 4. *Problema 2. Respuesta de Ansiedad*

Antecedentes		L. No me responde los mensajes. Cuando está enojado y no sé por qué, cuando veo cambios en la casa (Basura afuera, muchas latas de cerveza, sabana desordenada)
Conducta	Rta. Cognitiva	“alguien está en la casa” Recordar lo que pasó (revisar lo que pasó)
	Rta. Afectiva/Emocional	Miedo (70%) Rabia (30%)
	Rta. Motora/ Comportamental	Revisar el closet- la basura-Ver series o leer.
	Rta Fisiológica	Aumento de la tasa cardiaca, taquipnea (sensación de ahogo), agitación motora
Consecuencia.		“mi novio no me quiere y no quiere estar conmigo, prefiere estar con otra persona. ¿Por qué se queda conmigo? “Ya no quiero pelear más. Estoy cansada”

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 5. *Problema 3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico*

Antecedentes		Pensar en la posible infidelidad de L. El Fin de la relación.
Conducta	Rta. Cognitiva	“Todo lo que mi novio dice que siente por mí es puro cuento” “Todo lo que está pasando en mi relación es mi culpa, el dejó su trabajo, su vida y su familia por mí”

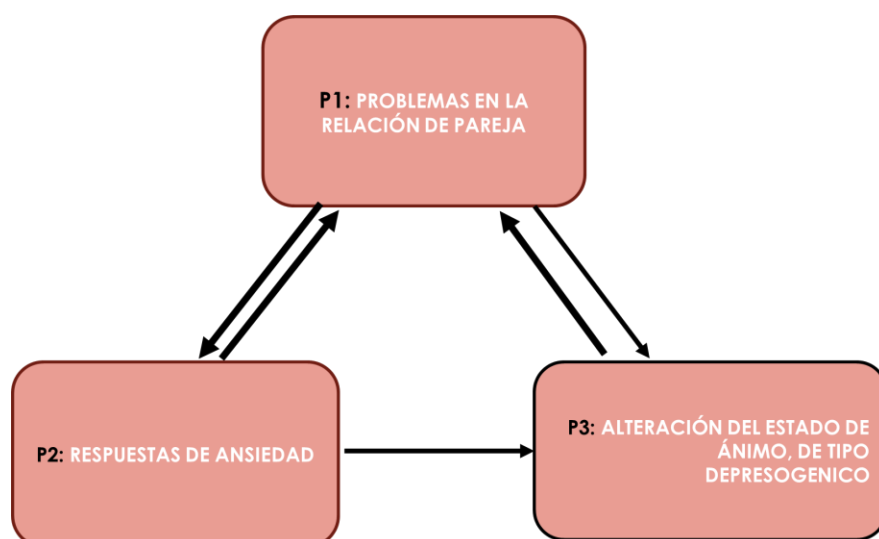
Rta. Afectiva/Emocional	Tristeza
Rta. Motora/ Comportamental	Llanto
Rta Fisiológica	Falta de apetito- insomnio.
Consecuencia.	<p>“Ya es demasiado tarde para tratar de separarnos”</p> <p>“Mi novio no me quiere y no quiere estar conmigo, prefiere estar con otra persona, ¿Por qué se queda conmigo?</p> <p>Incremento de los problemas en la relación de pareja</p>
Fuente: Elaboración Propia.	

7.2. Relación molar de los problemas

En comparación con la formulación molecular, que intenta establecer relaciones entre acontecimientos o unidades cercanas en el tiempo, la formulación molar buscar establecer vínculos entre diferentes patrones o conjuntos de respuestas que covarían de una forma organizada y, entre patrones de conducta y de acontecimientos ambientales que pueden ser distantes en el tiempo con la finalidad de determinar procesos más generales (primer orden y derivados). En conclusión, el propósito de la f. molar es establecer relaciones entre los resultados de la f. molecular de los diversos eventos discretos para reconocer los elementos comunes de mantenimiento por medio de la ejecución de procesos básicos superiores. (Caballo V. E., Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1998)

Teniendo en cuenta lo anterior, se expone la relación molar de los problemas. De acuerdo a la importancia que tiene en el motivo de consulta y a la incidencia sobre los demás problemas, se observa una relación Jerárquica- bidireccional de P1 con P2 Y P3. Es decir, los problemas en

la relación de pareja, generan en KH la aprensión hacia el futuro (“mi relación está en peligro”) y un temor persistente a que ocurra lo peor (por ejemplo, la ruptura con L.) y a su vez, alteran el estado de ánimo ya que se reactivan los pensamientos “no consigo perderlo, no quiero estar solita” “será que ya no me quiere”, y estos, incrementan los conflictos entre KH Y L. Por otra parte, P2 tiene una relación unidireccional con P3, ya que incrementa la desesperanza en la paciente.



Gráfica 1. *Relación Molar de los Problemas*
Fuente: Elaboración Propia.

7.3. Análisis Histórico o Análisis de Desarrollo

7.3.1. Historia Personal

KH es de contextura delgada, estatura media, tez blanca y pelo rubio. A los 17 años de edad asistió a terapia psicológica y a un nutricionista debido a un trastorno de la conducta alimentaria, de diagnóstico, no especificado. Ambos tratamientos tuvieron una duración de seis meses. Después de estos procesos, manifiesta que no siguió asistiendo a terapia. No obstante, tras la muerte del padre, tenía el deseo de acudir a un psicoterapeuta. Lo anterior no lo llevó a cabo hasta el 16 de septiembre del 2017 por motivos económicos. En esta fecha, inició el tratamiento actual. Cabe resaltar que en el 2018-1, fue enviada a interconsulta con psiquiatría, profesional que la medicó con Prozac X 20 mg y Trittico X 50mg. Con respecto a este tratamiento farmacológico, se puede decir que la paciente lo suspendió de forma voluntaria por las siguientes razones: económicas, “me da un sueño pesado y no puedo ir a trabajar” y apoyo de la familia. Frente a esto, la psicóloga le recomienda regresar al psiquiatra y comentar lo sucedido, con la finalidad de modificar la dosis. Por otro lado, frente a los antecedentes médicos, KH reporta haber sufrido de migraña y anemia; dentro de las experiencias significativas en este apartado, se puede incluir, el hecho de que la paciente tenga en su cuerpo nueve tatuajes, dentro de estos, se encuentra: “Love, Your Father: el cuál es la firma del último mensaje que recibió de su papá antes de morir y un faro sobre una roca, cuyo significado es “hay tempestad, pero hay una guía”.

Con relación al temperamento de KH nos remitiremos inicialmente al tipo melancólico propuesto por Galeno (129-201 Dc), estas personas se caracterizan por ser emocionalmente sensibles, introvertidas, abnegadas y perfeccionistas (Torres, s.f.). Por otro lado, se encuentra

la teoría de Eysenck (1944) quien plantea el tipo neuroticismo, el cual comprende las siguientes características: se estresa con facilidad y experimenta frecuentemente emociones negativas como ira, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza; suele presentar reacciones intensas, irracionales o rígidas, viéndose afectada por las experiencias negativas, costándole volver a estado de equilibrio tras el suceso (Sanchez Sanchez, 2015). Ante lo anterior, se debe anotar una de las manifestaciones de KH y esta es: “no siempre fui así, yo era una chica extrovertida, de espíritu ligero. Cuando mi padre falleció quedé sin ganas de hacer nada más, me siento pesada”

La Historia personal se caracteriza por ser un recuento panorámico del pasado de la persona por medio de cada una de las etapas que conforman el ciclo vital. Lo anterior, se constituye en un apoyo no sólo para comprender los elementos biográficos, también proporciona el enlace necesario para conectar el pasado con el presente, especialmente, con la sintomatología actual. (Fierro Urresta, 2008)

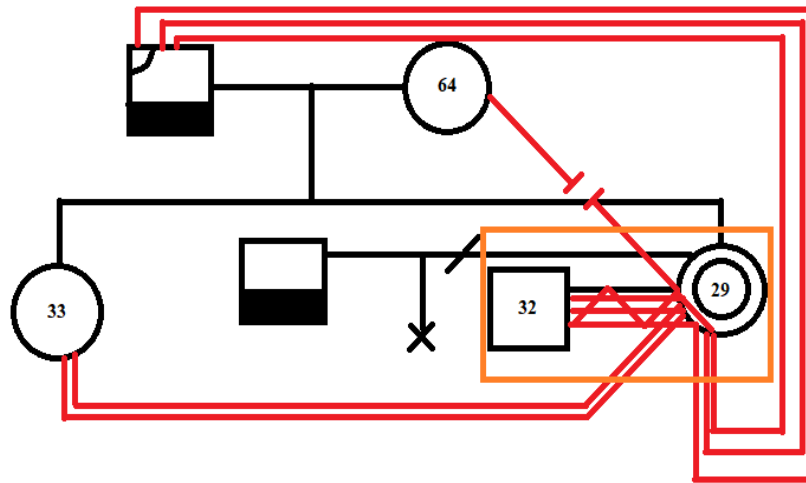
7.3.2. Historia Familiar

La familia primaria de KH está conformada por la madre (64 años, contadora) y la hermana mayor (33 años) quienes viven en los Estados Unidos. Su padre falleció de cáncer en el 2013. En la actualidad, reside en Barranquilla con su novio, quien tiene 32 años y es cocinero.












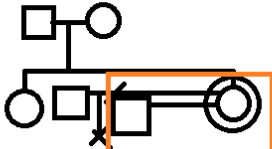
Cuando era pequeña, comenta que sostenía una relación más cercana con su padre que con su madre, ya que él se dedicaba a la docencia y sus tiempos libres coincidían, mientras que con ella, su relación era distante debido a que estaba estudiando la maestría. Con relación a lo anterior, manifiesta “*solo recuerdo que ella no estaba*”. Con respecto a su vínculo con el

padre expresa: “éramos los mejores amigos y compartíamos muchos intereses y actividades”, lo describe en ese momento, como una persona “contenta, simpática, sensible, cariñosa”. De su padre, también comenta que antes de su nacimiento, presentaba problemas con el alcohol, los cuales superó al asistir a un grupo de apoyo. A los 15 o 16 años de edad, K comienza a identificar ciertos comportamientos “de borracho” en el padre tras haberse sometido a una serie de operaciones en la rodilla y en la espalda. En esta época, acudían a muchos especialistas, uno de ellos emitió un diagnóstico de demencia al papá de KH “me quedaba con mucho miedo de perder a mi papá”. A sus 20 años, KH descubrió la adicción de su padre a los analgésicos. En el proceso de abstinencia, la paciente reporta que se convirtió en una persona “agresiva y antipática”, ya que emitía expresiones hirientes, tales como: “Me quedé sin amigos por tenerlas a ustedes, todo es su culpa”. Por tal motivo, KH se distanció de sus padres. Sin embargo, la relación con ellos mejoró, cuando estaba en África.

Con respecto a la relación con su madre, la caracteriza como distante o conflictiva. “Sus ideas del mundo, las personas, los homosexuales, el aborto, los derechos de las mujeres, son muy conservadoras. Nunca podemos hablar porque siempre terminamos discutiendo” “ella no ve lo que hago como un éxito, porque no tomé el trayecto tradicional (empleada, casada, con hijos)”. Y por otra parte, la describe como una persona exigente y perfeccionista, “si ella no hace las cosas en un 100%, es un fracaso para ella”. De la relación de sus padres comenta: “mi mamá hacía todo, mientras mi papá estaba enfermo y siempre he admirado a mi mamá por quedarse con él”; con relación a la hermana, expresa que era frecuente las peleas entre ellas cuando eran niñas y al entrar a la universidad, se fortaleció la comunicación y el vínculo.



Fuente: Elaboración Propia

	Masculino		Femenino		Muy unidos o fusionados
El/la paciente se representará con doble cuadrado o doble círculo.					
					Unidos
Los integrantes fallecidos se representan con una línea oblicua que cruza en un extremo del cuadrado o el círculo.					
	Aborto provocado				Distante
Abuso de drogas o alcohol.					
					Fusionados y hostil
					Delimitación del Hogar

Fuente: Elaboración propia (Basada en Sánchez Rengifo, 2001)

NAIMARA GUTIERREZ PARODYS
TUTORA. MARLEYN MARGARITA SERRANO RAMÍREZ

Con respecto a su vida escolar, manifiesta agrado y reporta un desempeño escolar apropiado “siempre me gustaba de la escuela y siempre tenía notas buenas”. Dentro de las actividades extracurriculares de su preferencia se encontraban, la lectura y los deportes. De esta manera, se vinculó en el transcurso de su vida académica a equipos de fútbol, baloncesto, béisbol, voleibol. En la secundaria, empezó a inclinarse por las expresiones artísticas, fue así como participó en actividades como: el teatro y el coro, donde estableció una relación de amistad con los integrantes de estos grupos. En esta etapa, las asignaturas que más la agradaban eran el español y la literatura. En las experiencias significativas de esta área se encuentra el ingreso a la Universidad, ya que no fue admitida a su primera opción. KH significó esta experiencia como un fracaso, generando en ella tristeza; La paciente se inscribió en su segunda opción. En este espacio, presentó dificultades para adaptarse. Al respecto comenta: “Fue difícil acostumbrarme a la universidad porque no estaba en una ciudad grande y era un poco lejos de mi familia”.

En el tercer año de la universidad, reportó agrado frente al curso de escritura que realizó. Por otra parte, tomó la decisión de irse para Uganda y Ruanda (África), con la finalidad de realizar estudios sobre genocidio y guerra. Con esta experiencia, comenzó a incrementarse de nuevo su motivación por el estudio. Al finalizar el pregrado, se le dificultó la vinculación al mundo laboral. Su interés era hacer parte de un cuerpo de paz, el cual tardó seis meses en contactarla. En este tiempo, reporta haberse sentido deprimida “no tenía algo planeado para hacer. No sentí útil. Hacia teatro y algunos trabajos temporarios”. Su primer empleo fue en Cabo Verde, laboró como docente de inglés; su estancia en este lugar estaba proyectada para dos años, sin embargo, decidieron cerrar el programa en este país y trasladaron a los empleados para

Mozambique. Con relación a lo anterior, KH: “Me quedaba muy triste por salir del país que me encantaba mucho. Vivía en una villa en las montañas y había hecho muchos amigos...

Mozambique, no me gustaba tanto de la cultura. No encontraba la gente simpática y vivía en una escuela tan rural. No teníamos manera de comprar comida. Teníamos que viajar mucho para sacar dinero y comprar comida.” Luego del fallecimiento del padre, decidió no regresar al último país mencionado y quedarse con su mamá trabajando en los Estados Unidos durante un año, ya que después, se iría para la ciudad de Chicago con el propósito de realizar su posgrado. De los primeros dos años, reporta: “me gustaba mucho. Hacia muchas amistades con la gente en mi programa y también mi mejor amiga vive en Chicago. Me gustaba mucho de mi programa y mis estudios”. Al finalizar, la maestría se muda para Brasil, donde residía en ese momento su actual pareja. En este país no tenía de un trabajo fijo (realizaba actividades de voluntariado) y esto reactivó los pensamientos “no útil, sin plan, sin meta”, generando un estado de ánimo, de tipo depresogenico. En el 2017, se trasladaron para la ciudad de Barranquilla, debido a una oferta laboral para ella. En la actualidad, trabaja en la Universidad del Norte como docente de inglés. “me gusta mucho mi trabajo”

7.3.4. Historia Socio-afectiva

KH manifiesta que en su infancia se caracterizaba por tener muchos amigos con quienes compartía intereses y hacían actividades deportivas o artísticas. Sin embargo, a sus 12 años reporta haber sido víctima de cyberbullying por un grupo de adolescentes con quienes había sostenido una relación de amistad. A causa de esta experiencia, manifiesta haberse sentido deprimida y traicionada por varios meses. La estabilización del estado de ánimo anterior, comenta que lo logró conforme iba pasando el tiempo y con la vinculación con otras amigas.

Con respecto a las relaciones de noviazgo, expresa que su primer novio oficial fue al término de la escuela secundaria. Esta relación tuvo una duración inferior a un año. Al ingresar a la universidad, presentó problemas en la adaptación a este entorno y una de las razones que expuso ante esto, fue: “Tenía dificultad en hacer amigos porque todos querían salir y beber y no había bebido aun y no quería. Era difícil encontrar gente que tuviera los mismos intereses y perspectivas. Encontré algunos en mi disciplina de inglés y de paz y justicia. También hice dos amistades grandes pero las dos salieron después del primer año”.

En la época Universitaria tuvo su segundo novio. Al respecto comenta: “Pasamos mucho tiempo juntos y éramos mejores amigos como no haría muchas amistades.” Entre esas actividades se encontraban los voluntariados, teniendo la oportunidad de realizar junto a él un viaje a Machupichu y por los Estados Unidos, con el propósito de ayudar a la población. Sin embargo, las discusiones se incrementaban por la frecuencia en el que la pareja indicada, realizaba ingestas de alcohol. Al graduarse, el novio se dirigió para Ucrania con el propósito de trabajar en los cuerpos de paz, después de varios meses KH tomó la decisión de terminar con la relación “Yo no estaba contenta con esto porque me parecía que yo hacía todo el esfuerzo para comunicar con él”

Su pareja actual la conoció durante un viaje al Brasil. Al término del posgrado, decidió trasladarse para este país, ya que L. residía allá por motivos laborales. Donde estableció relaciones de amistad y realizó voluntariado con su pareja. En este momento, la relación entre KH y L. es conflictiva, argumentando que tienen dificultades en la comunicación. Además, sospecha de posibles infidelidades. Por otro lado, la paciente expresa que en la ciudad de Barranquilla (donde vive en el presente), no ha logrado establecer vínculos con las personas,

debido a las diferencias culturales existentes: “solo le gusta el vallenato, la salsa y beber, cuando uno sale con las personas de acá, solo están pendiente de las fotos”.

Al terminar su relación con L, KH lo cataloga como un “relacionamiento abusivo”, ya que en varias ocasiones fue víctima de maltrato físico (empujones) y psicológico, “me decía cosas como <<estúpida>> <<las mujeres son solo para tener hijos>> <<se molestaba porque no hacia los deberes en la casa>>”. Por otro lado, reporta que por las manipulaciones de su pareja se había alejado de sus compañeros de trabajo, ya que al momento de invitarlo a salir con ellos, le decía a KH: “Tú puedes ir, pero yo no voy a ir con ellos”. Ante estas palabras, la paciente elegía quedarse en casa por temor a que se presentaran conflictos o a que la engañara con otra persona al salir. Al indagar el grado de consciencia con relación a estas características, la paciente manifiesta: “me di cuenta pero no quería dejarlo, porque ya lo había escogido como mi pareja, yo veía un final feliz para nosotros”

7.3.5. Historia Sexual

Con respecto a su primera relación coital expresa que la sostuvo con su penúltima pareja y que decidió iniciar su vida sexual, luego de recibir la presión de esta persona durante un año. “yo no quería tener sexo hasta casarme porque era bien religiosa, me sentí muy mal después y caí en una depresión mayor”. Por tal motivo, se abstuvo por un tiempo significativo de este tipo de actividades. Cabe resaltar una afirmación de KH frente a la experiencia anterior: “No fue hasta muchos años después que aprendí que presionando alguien para tener sexo hasta que se acepta es manipulación y no significa consenso”. Aproximadamente un año después, reanudó las relaciones sexuales, indicando que empleaban como método anticonceptivo los condones.

A los 20 años queda embarazada, tomando la decisión de interrumpir el proceso de gestación

por los siguientes motivos: “yo sabía que mi relacionamiento con mi novio no era saludable o bueno. Habíamos peleado mucho en esta época y bebía mucho. También su familia bebía mucho y no quería hacer una familia así. Mi papa era alcohólico y paro de beber antes que nací. No me sentí preparada de ningún sentido para tener un bebe o una familia También, había pasado los meses anteriores en África estudiando genocidio y guerra y no podía pensar en introducir un niño a este mundo”

KH manifiesta que a lo largo de su vida ha tenido trece compañeros sexuales. Sus métodos anticonceptivos han sido: el condón, la píldora y la T.

Cabe resaltar que al finalizar su relación con L. sostuvo relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, argumentando lo anterior con la siguiente verbalización: “No es que no me gusta estar sola, pero cada vez que me ofrecen hacer algo digo que sí”.

7.3.6. Historia del Problema

La paciente nació y vivió en Wisconsin hasta los 5 años de edad. En esta etapa, se describió como una niña feliz y extrovertida, ya que en este lugar tenía muchos amigos y jugaba con sus primos. A los 6 años, se muda junto a su familia para Minnesota debido a una oferta laboral del padre, al respecto reporta que se sintió triste por haber dejado a sus amigos en la ciudad de origen. Sin embargo, manifiesta que se le facilitó la adaptación y establecer vínculos de amistad en este lugar. Por otro lado, se debe mencionar que KH se vincula a los equipos deportivos del colegio por sugerencia del padre.

En su adolescencia, aproximadamente, a sus 12 años fue víctima de cyberbullying, donde un grupo de pares se burlaban de su apariencia física y aspectos de su vestimenta, a través de

verbalizaciones como: “gorda” “gafufa”. Por lo anterior, KH se sintió deprimida durante varios meses. En este tiempo, indica perdida de interés hacia la realización de actividades placenteras, descuido en su aseo personal y dejó de utilizar gafas. También, a sus 14 años de edad fue eliminada del grupo de Voleibol. Acontecimiento al que le atribuyó el siguiente significado: “no soy buena en el deporte” “no tengo talento en nada”, generando en ella tristeza y rabia.

Inició su etapa universitaria con un evento que significó como un fracaso, porque no fue elegida en su primera opción, diciéndose verbalizaciones como "no soy inteligente", generando en ella, tristeza y rabia. En este tiempo inició a restringir la cantidad de sus alimentos en el desayuno y el almuerzo, eliminó las cenas y aumentó la actividad física, con el propósito de llegar a 100 libras. Por tal motivo, acudió a tratamiento psicológico y nutricional. Cabe resaltar que contó con el apoyo de los padres frente a esta problemática.

De los 20 a los 23, las experiencias significativas son quedar embarazada y decidir abortar. Esta elección, la tomó al argumentar “no estar lista para traer un hijo al mundo”, debido a las características de su pareja (alcohólico) y de la relación (conflictiva), además, manifiesta que el haber estado en África realizando estudios sobre genocidio y guerra, también influyó en esta decisión. Sin embargo, esta experiencia la significó como un fracaso debido a sus creencias religiosas, manifestando que a partir de ese momento dejó de procesar las cosas, refiriéndose a lo emocional. Además, se incrementaron los conflictos con la madre, ya que no estaba de acuerdo con lo anterior; “Gritó, lloró, regañó a mí y mi novio...Mi mamá pasó muy mal en esta época y se llamaba toda la atención de la situación. Era como si ella estaba embarazada y todo estaba aconteciendo a ella.” además, comenta que con el padre cuando se

aproximaba el día las madres, le sugirió a KH que se esmerara en el regalo que le iba a hacer, ya que “ella había asesinado a su nieto”. Cuando se indaga por el impacto de lo anterior, la paciente reporta que tuvo un ataque de pánico, donde estuvieron presentes los siguientes síntomas: elevación de la frecuencia cardíaca, temblor, sensación de ahogo, mareo, despersonalización y desrealización. Estos dos últimos síntomas los explicó así: “como si el tiempo fuera más lento y estuviera en otra realidad... que, y estoy fuera de mi cuerpo, que eso no me estaba pasando a mí”

A sus 24 años, vive Mozambique y estando en esta ciudad, KH recibe la noticia de que su padre está en coma, quien fallece un día después de su llegada a los Estados Unidos. “Él se trató de levantar sus brazos para abrazarme y podía ver mucho miedo en sus ojos... Yo estaba en la cama con él, cuándo murió, abrazándolo” “siento que me faltaron muchas cosas que reparar con mi papá”. Al indagar sobre el significado de este acontecimiento, KH expresa: “Mi papá era la razón para yo hacer las cosas, después de su muerte ya no tenía a nadie para yo hacer las cosas” “después de la muerte de mi papá, quedé sobreviviendo (no me sentía con ganas de hacer nada más)”. Por otro parte, manifiesta que a partir de ahí, “Me siento pesada, antes tenía un espíritu más ligero y extrovertido”.

De los 26 a los 28 años, establece una relación de pareja con un peruano, con el que reside en Brasil. El 10 de noviembre del 2016, Trump queda electo como presidente de los Estados Unidos, lo que generó discusiones entre KH y la madre, ya que votó por este candidato. Al respecto comenta: “Me quede enojada con ella y con mi mismo porque no había hablado nada sobre las elecciones con ella... Ella me dijo que no había pensado en mí cuando voto que me daño muchísimo. No podía explicar bien porque se votó así.” En enero del 2017, se mudan

para Barranquilla por una oferta laboral para KH y L con expectativas de montar una empresa, sin embargo, en el mes de mayo el restaurante de la pareja quiebra.

Tabla 6: *Línea de Tiempo*

Edad	Experiencias Significativas
0-5 años	<ul style="list-style-type: none">• Nació y vivió en Wisconsin hasta los 5 años• Vínculo distante con la madre; Vínculo cerca con el padre.
6-10 años	<ul style="list-style-type: none">• Se muda con su familia para Minnesota• Pérdida de los vínculos con los amigos de la infancia• Se vincula a equipos deportivos por petición del padre• Fácil adaptación a la nueva ciudad. Facilidad para relacionarse con sus pares
11- 15 años	<ul style="list-style-type: none">• Víctima de cyberbullying, generándole pérdida de interés y descuido en el aseo personal• Eliminada del equipo de voleibol, produciéndole sensación de fracaso
16-19 años	<ul style="list-style-type: none">• No pasó para su primera opción universitaria, considerándolo como otro fracaso en su vida• La diagnosticaron con trastorno de la conducta alimentaria.
20-23 años	<ul style="list-style-type: none">• Queda embarazada y decide abortar, atribuyéndole a este evento un significado de fracaso• Los conflictos con la madre se incrementan.• Ataque de pánico causado por una expresión del padre: “tú asesinaste a su nieto” (refiriéndose a la madre)
24 años	<ul style="list-style-type: none">• Fallecimiento del padre
26-28 años	<ul style="list-style-type: none">• Reside en Brasil, conoce a L.• Trump es elegido como presidente de los EEUU, situación que genera más conflictos con la madre• KH y L se mudan para Barranquilla• El restaurante de L quiebra, dando inicio al motivo de consulta de la paciente.

Fuente: Elaboración Propia

La historia del problema, desde una perspectiva cognitiva, pretende ordenar una búsqueda guiada a través de la formulación de la hipótesis del esquema nuclear. En este apartado, el/la

terapeuta no solo indaga cómo se originó el EN, sino también cómo hizo el/la paciente para sobrevivir a tal creencia (Riso, 2006)

7.4. Instrumentos de Evaluación

Teniendo en cuenta los problemas identificados, se emplearon herramientas/pruebas relacionadas con: 1) problemas en la relación de pareja; 2) respuestas de ansiedad; 3) alteración en el estado de ánimo, de tipo depresogenico.

En el proceso de evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista y observación a la paciente, registro de pensamientos, auto-informes/ autobiografías, Inventario de Ansiedad (BAI), Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCQI), Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad (CCE-TP), Cuestionario E.M.T, Inventario de Beck. A continuación se empleará la información de los mismos:

Entrevista y observación a la Paciente

Los autores Wilson, Spence y Kavanagh (1995:13), denominan el primer contacto con el/la paciente como entrevista cognitivo-conductual y la definen de la siguiente manera:

“al procedimiento mediante el cual se obtiene del cliente la información precisa para la identificación del problema motivo de consulta, la descripción de los aspectos más relevantes del mismo y la selección del tratamiento e intervenciones más adecuados. El término cognitivo-conductual se utiliza como muestra de la postura teórica de la que el enfoque deriva. Dicho término ha sido usado en el sentido más amplio, que incluye: comportamientos observables, componentes cognitivos y actividad fisiológica”

(Citado en Ferrer Botero, 2016, págs. 62-63)

Con la paciente KH, la entrevista clínica estuvo presente a lo largo del proceso terapéutico, debido a que a través de este instrumento, se obtuvieron datos relevantes con relación al motivo de consulta, las quejas principales, los problemas (comportamientos, sintomatología y signos, topografía de las conductas), a la construcción del análisis histórico o de desarrollo. Por otra parte, se empleó la entrevista semiestructurada con la finalidad de ampliar la información lograda por medio de las pruebas, verificando el puntaje cuantitativo y enriqueciéndolo con una descripción cualitativa suministrada por la paciente. Por otro lado, en este tipo de entrevista también se encuentra la realizada con base en el formato de historia clínica del CAIF- Santa Rosa de Lima.

Al igual que la entrevista, la observación de la paciente se hizo presente en las sesiones destinadas a la evaluación e intervención. Recordemos entonces que la observación es aquel proceso que está afectado por el marco teórico que ha aprendido el psicólogo y que se emplea como primer paso para adquirir conocimiento acerca de la persona, lo que es y manifiesta, ya sea de forma no verbal y/o verbal. De esta manera, se parte de lo general o conocido, a lo particular o desconocido (Díaz Sanjuán, 2011). Los momentos significativos de lo anterior estuvieron en la realización del examen mental, donde se valoró en la paciente, el estado de conciencia, la orientación, atención y concentración, afecto, pensamiento, lenguaje, apariencia personal, entre otros aspectos.

Registro de Pensamiento

Con la finalidad de identificar los pensamientos automáticos de KH, es decir: “aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos” (Beck J. S., 2008, pág. 104). Se realizó una sesión de psico-educación de los mismos y se empleó preguntas con posibilitaran su identificación durante las consultas, tales como: ¿puedes pensar en los momentos de esta semana en los que te hayas sentido triste o/y ansiosa? ¿Cuál era la emoción? ¿Qué se pasaba por tu mente en ese instante? Después de haber llevado a cabo el ejercicio anterior, se le socializó a la paciente el formato de registro diario de pensamiento, el cual contenía las siguientes columnas:

Fecha/horas; Situación (¿qué pasó?); Pensamientos (¿Qué se dice?); Sentimientos (¿Qué siente?); Conducta/Tiempo (¿Qué hizo?/ ¿Cuánto tiempo estuvo así?). Lo anterior, con el objetivo, de continuar enseñándole a KH cómo se identifica los PA de una forma práctica, ya que cada vez que ella experimentara alguno de los problemas identificados, debía diligenciar en su casa, la información solicitada en el formato. Obteniendo de esta manera, información vital para la elaboración de la conceptualización cognitiva del caso.

Auto-informes/autobiografías

Con la finalidad de obtener información con relación al análisis histórico o análisis de desarrollo, se le solicitó de tarea a KH realizar una auto-biografía. Para la construcción de la misma, ésta debía tener los siguientes aspectos: área familiar (composición del núcleo familiar; tipo de relación con los diferentes miembros de la familia primaria; descripción detallada de la familia actual; características significativas de algún integrante de la misma; experiencias relevantes de esta área); área personal (características físicas; antecedentes médicos: tratamiento recibido, profesional encargado; características de su temperamento;

experiencias significativas); área académica y/o laboral (inicio de la escolaridad; años cursados vs años perdidos, si se dieron las pérdidas, cómo se asumieron; desempeño académico: áreas con mejor desempeño; asignaturas de interés y desagrado; desempeño laboral; lugares de trabajo, tiempo en ellos y adaptación en los mismos; eventos relevantes); área socio-afectiva (aspectos del desarrollo social y afectivo; experiencia relacionados con los problemas identificados; número de amigos en los diferentes entornos; relaciones de afectividad: nivel de reciprocidad, de ajuste o de disfuncionalidad; capacidad para hacer amigos; acontecimientos representativos); área sexual (experiencia de inicio de su vida sexual/ de las actividades sexuales; número de compañeros sexuales; tipo de problemas; métodos anticonceptivos empleados; sucesos importantes). (Serrano, S.f)

7.4.1. Pruebas Aplicadas

A continuación se brindará información de las pruebas empleadas en el proceso de evaluación:

Tabla 7 *Pruebas Aplicadas*

Fecha de Aplicación	Área de Evaluación	Nombre de la Prueba	Autor	F. de la prueba
30/09/2017	Ansiedad	Inventario de Ansiedad (BAI)	Beck, Epstein, Brown y Steer. <u>Trad y Ballester</u>	1988 <u>1992</u>
30/09/2017	Estado de ánimo/ Depresión	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Beck y cols Conde y cols Beck y cols Vázquez y Sanz	1961 1975 1979 1991
12/05/2018	Ansiedad	Inventario de Ansiedad (BAI)	Beck, Epstein, Brown y Steer. <u>Trad y Ballester</u>	1988 <u>1992</u>
12/05/2018	Estado de ánimo/ Depresión	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Beck y cols Conde y cols Beck y cols Vázquez y Sanz	1961 1975 1979 1991
12/05/2018	Creencias Centrales (personalidad)	Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP)	N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D., Schnitter, M.,	2007

Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer				
19/05/2018j	Cognitivo (Esquemas Maladaptativos Tempranos)	Cuestionario E.M.T	Young	1990
19/05/2018	Obsesión-Compulsión	Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCQI)	Hodgson y Rachman	1977
17/11/2018	Ansiedad	Inventario de Ansiedad (BAI)-Replicación	Beck, Epstein, Brown y Steer. <u>Trad y Ballester</u>	1988 1992
17/11/2018	Estado de ánimo/ Depresión	Inventario de Depresión de Beck (BDI) –Replicación	Beck y cols Conde y cols Beck y cols Vázquez y Sanz	1961 1975 1979 1991
24/11/2018	Creencias Centrales (personalidad)	Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) –Replicación	N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D., Schnitter, M., Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer	2007
24/11/2018	Cognitivo (Esquemas Maladaptativos Tempranos)	Cuestionario E.M.T-Replicación	Young	1990
17/11/2018	Obsesión-Compulsión	Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCQI) –Replicación	Hodgson y Rachman	1977
Fuente: Elaboración propia				

7.4.2. Resultado de Pruebas Aplicadas

Tabla 8 *Resumen de Resultados de Pruebas Aplicadas/ Análisis Cuantitativo*

NOMBRE DE LA PRUEBA	ANÁLISIS CUANTITATIVO	FECHA DE APLICACIÓN
INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)	Puntuación obtenida: 12 (0-21) Ansiedad Muy Baja.	30 DE SEPTIEMBRE 2017
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)	Puntuación obtenida: 14- Depresión leve (10-18 puntos)	30 DE SEPTIEMBRE 2017
INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)	Puntuación obtenida: 19 (0-21) Ansiedad Muy Baja.	12 MAYO 2018
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)	Puntuación obtenida: 29- Depresión Moderada (19-29 puntos)	12 MAYO 2018

CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP	ESQUIZOTÍPICO/ LÍMITE PD: 33 (11,76) ; X:14,40; DS: 6,84 PARANOIDE. PD: 30 (6,09) ; X:17,16; DS: 6,75 OBSESIVO COMPULSIVO/ CRITICO FRENTE A LOS DEMÁS PD: 13 (3,1) ; X:6,5 ; DS: 3,4 EVITATIVO/ HIPERSENSIBLE PD: 19(2,06); X:11, 97; DS: 4, 97 Histriónico/ Dependencia Emocional PD: 14(2,05); X:8,27; DS: 3,68 DEPENDIENTE PD: 16(0,68); X:10,41; DS: 4,91 EVITATIVO /AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA PD: 12(0,06); X:8,27; DS: 3,67	12 MAYO 2018
CUESTIONARIO EMT	IMPOTENCIA/FRACASO: PD: 31(15); X: 11,81; DS: 5; PROMEDIO: 16-6 SOMETIMIENTO: PD: 57 (14); X: 32,56; DS:11,02 ;PROMEDIO: 43-21 FALTA DE CONFIANZA: PD: 31 (9); X: 17,72; DS: 7,33; PROMEDIO: 22-10 CARENCIAS EMOCIONALES: PD: 29 (8); X: 13,93 ; DS: 7,82; PROMEDIO: 21- 6 VERGÜENZA/TURBACIÓN: PD: 20 (8); X: 7,9; DS: 4,11; PROMEDIO: 12 - 3,79 CULPA/CASTIGO: PD: 26 (7); X: 14,72; DS: 5,03; PROMEDIO: 19- 9 ABANDONO: PD: 27 (7); X: 14,9 DS: 5,69; PROMEDIO:20-9	19 MAYO 2018

AISLAMIENTO

SOCIAL/ALIENACIÓN: PD: 20
(7) X: 9,07 DS: 4,64 PROMEDIO:
13-4

ACEPTACIÓN SOCIAL: PD: 22
(5); X: 11,64; DS: 5,44;
PROMEDIO: 17-6

DEPENDENCIA: PD: 19 (3); X:
11,69 ; DS: 4,45; PROMEDIO: 7-
16

DEFECTOS/ INCAPACIDAD DE
SER AMADO: PD: 13 (3); X:
7,17; DS: 3,42; PROMEDIO: 10 –
3,75

VULNERABILIDAD AL DAÑO
PD: 42 (2) ; X: 29,63; DS: 10,68;
PROMEDIO: 40-18

MIEDO A PERDER AL
CONTROL PD: 25 (1); X: 17,03;
DS:6,99 PROMEDIO: 24-10

INVENTARIO
OBSESIVO-
COMPULSIVO
DE MAUDSLEY
(MOCI)

PUNTUACIÓN TOTAL: 12

19 MAYO 2018

PUNTUACIÓN SUBESCALAS:
COMPROBACIÓN: 1
LIMPIEZA: 5
ENLENTECIMIENTO: 2
DUDA: 4

Fuente: Elaboración Propia.

7.4.3. Gráficas y Análisis de las pruebas Aplicadas.

Inventario de Ansiedad (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck está compuesto por 21 ítems, los cuales generan un rango de puntuación que oscila de 0 hasta 63. A continuación se presentará la interpretación correspondiente al puntaje obtenido.

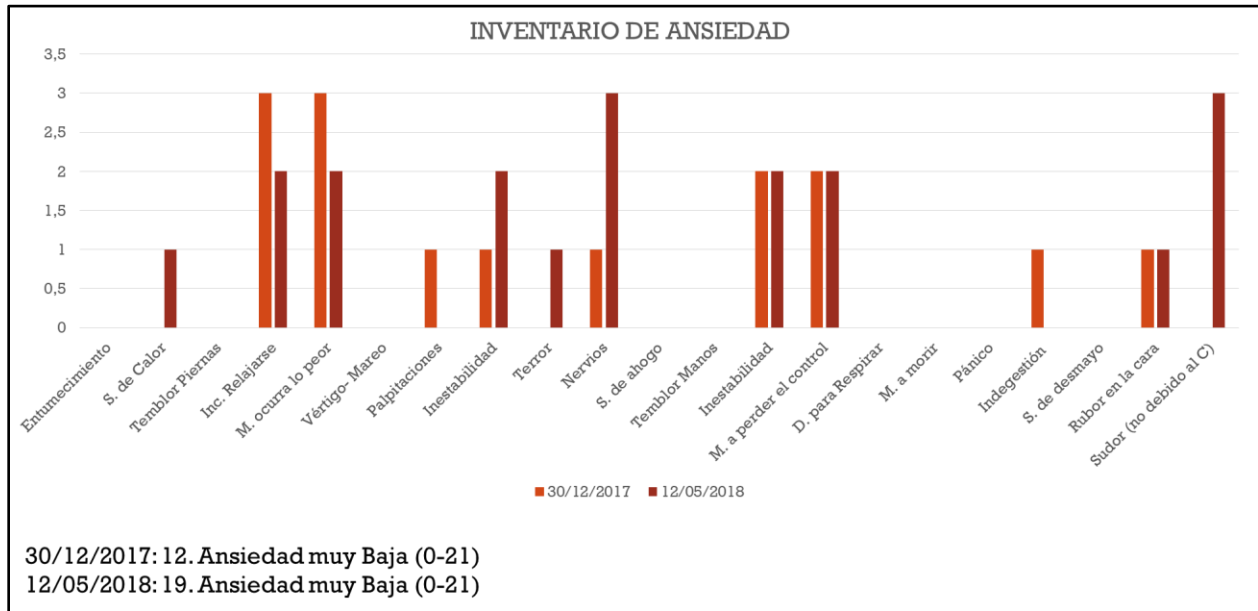
Ansiedad muy baja	0-21
Ansiedad moderada	22-35
Ansiedad severa	más de 36

De acuerdo a las dos aplicaciones (30/09/2018) y (12/05/2018), ésta es la gráfica que representa los resultados obtenidos:

La paciente reportó que durante la semana anterior a la aplicación, presentó los siguientes síntomas fisiológicos, relacionándolos con un nivel de afectación mínimo, estos son: palpitaciones, nervios, indigestión, rubor en la cara. Mientras que indicó que apenas podía soportar, el miedo a que ocurra lo peor o la incapacidad para relajarse. Por otro lado, señaló que también, presentó miedo a perder el control con un bajo nivel de intensidad.

Gráfica 4 *Inventario de Ansiedad (BAI)*

Fuente: Elaboración Propia

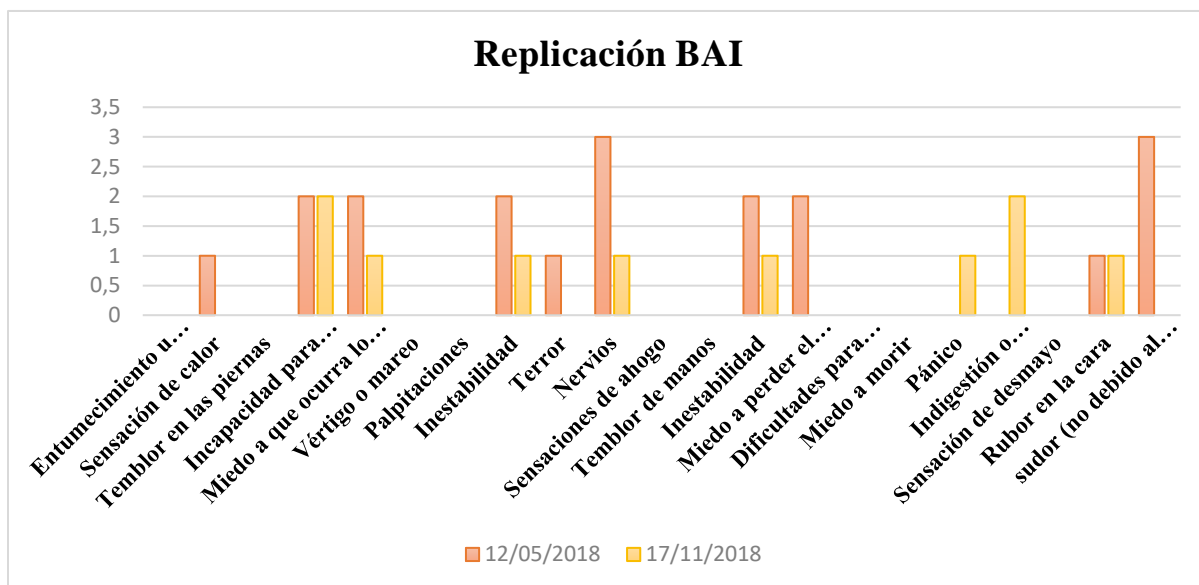


En comparación con la primera aplicación (30 de Septiembre de 2017), la segunda aplicación (12 de Mayo de 2018), los síntomas: a) incapacidad para relajarse y miedo a que ocurra lo peor disminuyeron su nivel de afectación; b) la inestabilidad y nervios, incrementaron en el nivel de afectación y frecuencia; c) el miedo a perder el control y el rubor en la cara nos mostraron diferencia; d) sensación de calor y terror se incluyeron en el check-list con una valoración de uno (1=poco), mientras que el sudor (no debido al calor) hizo presencia con una puntuación de tres (3=Mucho, apenas lo pude soportar); e) Indigestión, no se presentó en la semana anterior a la aplicación.

El 17 de noviembre del 2018 se realizó la replicación del inventario, con la finalidad de valorar la disminución de la frecuencia de los síntomas después de la intervención diseñada y ejecutada para las respuestas de ansiedad. A continuación se presentarán los resultados.

Gráfica 5: Replicación Inventario de Ansiedad

Fuente: Elaboración Propia



Como se puede evidenciar la semana anterior a la aplicación del inventario, los síntomas en su gran mayoría tuvieron una frecuencia igual a nada, le sigue poco, donde se encuentran:

miedo a que ocurra lo peor, inestabilidad, nervios, pánico y rubor en la cara. Por otro lado, los síntomas con puntaje relevante, es decir con 2 o una valoración de bastante (fue muy molesto, pero lo soporté), están: incapacidad para relajarse e indigestión o molestias en el abdomen. Cabe resaltar que no se hallaron síntomas con puntuación igual a 3 o con un nivel de afectación de mucho (apenas lo pude soportar), lo que demuestra que por medio del plan de tratamiento se ha logrado alcanzar un número de metas terapéuticas, ya que en comparación con la aplicación anterior, los nervios pasaron de tres (3) a uno (1), y el sudor (no debido al calor) pasó de tres (3) a cero (0).

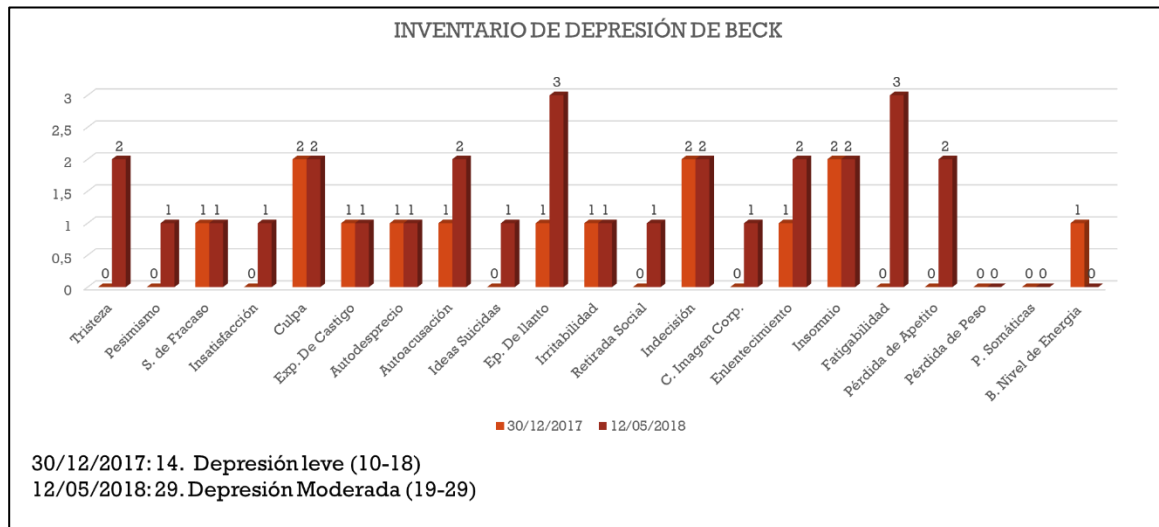
Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) lo constituyen 21 ítems, con el propósito de evaluar la gravedad sintomática (intensidad). El Rango de puntuación que se puede obtener es de 0-63 puntos. A continuación se presentará los puntos de corte usualmente aceptados en la comunidad científica, con la finalidad de graduar la intensidad/ severidad:

No Depresión:	0-9 puntos
Depresión Leve:	10-18 Puntos
Depresión Moderada:	19-29 puntos
Depresión Grave:	≥ 30 puntos

Teniendo en cuenta las dos aplicaciones (30/09/2018) y (12/05/2018) realizada, ésta es la gráfica que representa los resultados obtenidos: En la primera aplicación (30/09/2017), la

paciente reportó en nivel de severidad de 2 o 3, la siguiente sintomatología: culpa (“me siento culpable”), indecisión (“tengo grandes dificultades para tomar decisiones”) e Insomnio (“Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a



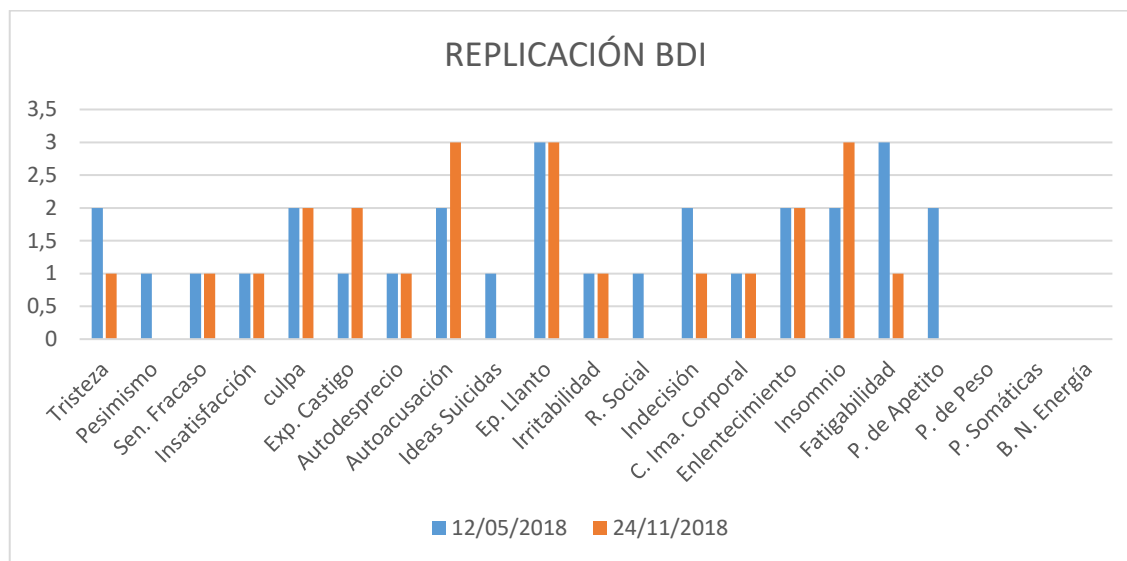
dormirme”). Mientras que en la segunda aplicación (12/05/2018), indicó una intensidad de 2 o 3 para los siguientes criterios clínicos: tristeza (“me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme”), culpa (“me siento algo culpable”), autoacusación (“me reprocho mis culpas”), episodios de llanto (“yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo”), indecisión (“tengo grandes dificultades para tomar decisiones”), enlentecimiento (“tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa”), insomnio (“despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme”), fatigabilidad (“me canso demasiado al hacer cualquier cosa”) y pérdida de apetito (“mi apetito es deficiente”).

Gráfica 6 *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

Fuente: Elaboración Propia

Por lo anterior, al comparar la primera aplicación con la segunda aplicación, se puede decir que en ésta última, los síntomas: a) los episodios de llantos, el enlentecimiento y la autoacusación incrementaron en su nivel de severidad; b) la sensación de fracaso, las expectativas de castigo, el autodesprecio, la irritabilidad, la indecisión y el insomnio, nos mostraron diferencia en el aspecto evaluado; d) la tristeza, pesimismo, insatisfacción, ideas suicidas, retirada social y cambios en el aspecto emocional se incluyeron en el inventario con una valoración de uno (1), mientras que la fatigabilidad y la pérdida de apetito fueron puntuados por la paciente con tres (3) y dos (2), respectivamente; e) bajo nivel de energía, no se presentó en la semana anterior a la aplicación

El 17 de noviembre del 2018 se realizó la replicación del BDI, con el propósito de evaluar la efectividad del diseño de intervención planteado para el problema de alteración en el estado de ánimo, de tipo depresogenico, por medio de la apreciación de la disminución de la frecuencia y la intensidad de los síntomas. A continuación se presentarán los resultados:



En el gráfico podemos observar que en comparación con la primera aplicación (12/05/2018), la replicación realizada el 24 de septiembre del mismo año, se puede encontrar: (1) la disminución de los siguientes síntomas: de un punto, tristeza, indecisión y falta de apetito. (2) el incremento de: autoacusación, ideas suicidas, retirada social, pesimismo e insomnio (un punto). (3) se mantiene el puntaje de: sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, autodesprecio, episodio de llanto, irritabilidad, cambio en la imagen corporal, enlentecimiento, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel energía.

Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos De La Personalidad, CCE-TP

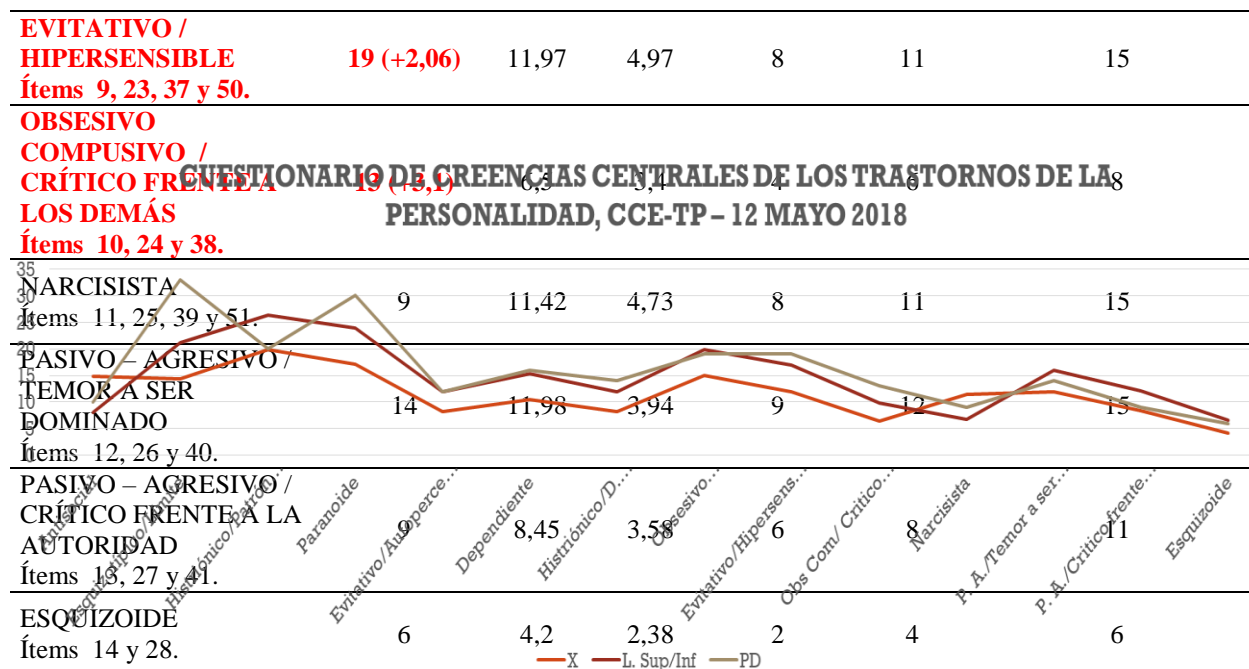
El Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) se encuentra constituido por sesenta y cinco (65) enunciados, fabricados con el propósito de

identificar las creencias centrales más importantes de cada una de las categorías diagnósticas de esta clase de trastorno: por evitación, por dependencia, pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, antisocial, narcisista, histriónico, esquizoide, paranoide, límite y esquizotípico (Londoño A., 2010).A continuación se adjuntarán los baremos de calificación de esta prueba:

Tabla 9 *Presentación de Resultados CCE-TP*

Fuente: Perfil Cognitivo, Formato de Presentación de Resultados (Martín & Londoño, 2009)

CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
ANTISOCIAL Ítems 1, 15, 29, 42, 52, 58, 62 y 64.	10	14,78	6,73	10	13	18
ESQUIZOTÍPICO / LÍMITE Ítems 2, 16, 30, 43, 53, 59, 63 y 65.	33 (+11,76)	14,40	6,84	9	12	17
HISTRIÓNICO / PATRÓN SEDUCTOR Ítems 3, 17, 31, 44, 54 y 60.	20	19,85	6,5	15	20	24
PARANOIDE Ítems 4, 18, 32, 45, 55 y 61.	30 (+6,09)	17,16	6,75	12	17	21
EVITATIVO / AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA Ítems 5, 19, 33, 46 y 56.	12 (+0,06)	8,27	3,67	5	17	10
DEPENDIENTE Ítems 6, 20, 34, 47 y 57.	16 (+0,68)	10,41	4,91	7	9	13
HISTRIÓNICO / DEPENDENCIA EMOCIONAL Ítems 7, 21, 35 y 48.	14 (+2,05)	8,27	3,68	8	12	16
OBSESIVO COMPUSIVO / PERFECCIONISTA Ítems 8, 22, 36 y 49.	19	15,07	4,82	11	15	19



Gráfica 7 Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, CCE-TP
Fuente: Elaboración propia

Se observan que algunos puntajes están por encima del límite superior establecido para los siguientes trastornos: esquizotípico, paranoide, evitativo y dependiente. Con respecto a las creencias relacionadas al esquizotípico, dentro de la concepción de sí misma se encuentra:

extraña e incomprensida, en las verbalizaciones que argumenta lo anterior y que la paciente valoró con puntuaciones por encima de 4, están: “Considero que los otros no me comprenden porque soy diferente” “Soy muy extraña y diferente”. En cuanto a la concepción de los demás, predomina: críticos. Por otro lado, en la personalidad paranoide, la creencia que tiene KH de sí misma es desconfiada, junto con la que tiene acerca de los otros, que se encuentra orientada hacia la creencia de que tienen móviles ocultos y son abusivos. Algunas de las expresiones que sostiene lo mencionado son: “No confío en otras personas” “estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme”; con relación al evitativo, la paciente presenta una creencia sobre sí misma de ser vulnerable al desprestigio y al rechazo, alguna de los enunciados puntuados en el cuestionario por encima de cuatro son: “No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado” “quedar expuesto como inferior sería intolerable”. Por último, en KH las creencias sobre sí misma relacionadas con la personalidad dependiente son: necesitada e incompetente, dejándose evidenciar en las afirmaciones que calificó con un puntaje alto: “no puedo tomar decisiones por mí misma” “necesito demasiada ayuda y el afecto de los demás”

El 24 de noviembre del 2018 se realizó la replicación del CCE-TP, con el objetivo de examinar el impacto que tuvo el diseño de intervención planteado para las características de personalidad dependiente y sus creencias centrales, a través de la apreciación de las diferentes formas de pensar o actuar que empleó Kh en su vida cotidiana. Como se podrá observar en la tabla 10 y en la gráfica 8 que se presentarán a continuación, algunos patrones de pensamiento y conductas disminuyeron, estando dentro del rango establecido por el límite inferior y superior, tales como: (1)

antisocial,(2)histriónico/patrón seductor, (3)narcisista, (4) pasivo-agresivo/Critico frente a la autoridad y (7)esquizoide. Por otro lado, se encuentran por encima del límite superior, las creencias centrales relacionadas con los trastornos de personalidad que se mencionarán a continuación, resaltando las expresiones con puntuaciones significativas (≥ 5): (1) Esquizotípico/límite; (2)Paranoide; (3)Evitativo/autopercepción negativa; (4)Dependiente; (5)Evitativo/hipersensible. (3) *5.Siento que soy indeseable en las situaciones sociales;*(5)*9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado*²³. *Quedar expuesto como inferior seria intolerable;*(2)*32.Estoy constantemente en guardia;*(4) *47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo.* También, vale la pena resaltar que en el continuo evitativo/autopercepción negativa, tiende a estar más próxima a las características de la personalidad evitativa. Por otra parte, se hallan en borderline los estilos de pensamiento y comportamiento orientados a las siguientes personalidades: (1)obsesivo compulsivo/perfeccionista;(2)obsesivo compulsivo/ critico frente a los demás; (3) Pasivo-agresivo/Temor a ser dominado. Conviene entonces, aclarar que dentro del continuo (1), sobresale por un punto el ser perfeccionista (9 vs 10), donde las siguientes declaraciones realizaron un aporte relevante: *22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien. 36. Los detalles son extremadamente importantes. 49. Busco ser muy competente para no fracasar;* en el continuo (2), prevalece el ser crítico frente a los demás, donde ninguna de sus verbalizaciones tiene un puntaje igual a superior a cinco /5/; dentro del (3), cobrando mayor relevancia, el temor a ser dominado, teniendo como expresiones significativas: *12.Me siento demasiado incómodo cuando percibo que*

alguien desea dominarme. 26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado /6/.

Otro aspecto importante consiste en mencionar que las creencias centrales relacionadas al trastorno de personalidad narcisista se encuentra por debajo del límite inferior, donde la paciente valoró con “no me describe en nada” o “me describe mínimamente”, las creencias que se indicarán a continuación: *51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme. 39. Busco que los demás respeten mi status. 25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho. 11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto.*

Tabla 10 *Presentación de Resultados CCE-TP-Replicación*

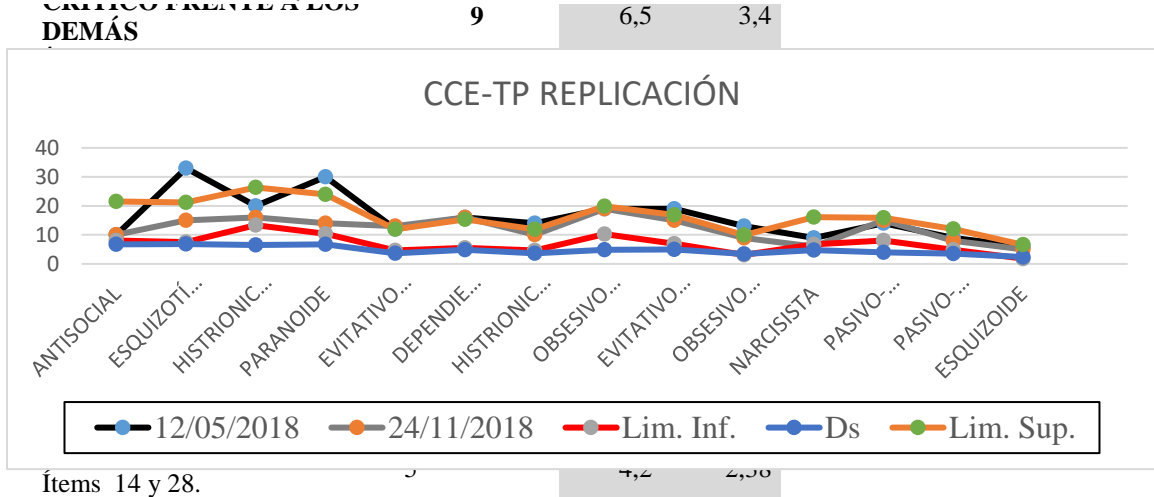
Fuente: Perfil Cognitivo, Formato de Presentación de Resultados (Martín & Londoño, 2009)

CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
ANTISOCIAL Ítems 1, 15, 29, 42, 52, 58, 62 y 64.	10	14,78	6,73	10	13	18
ESQUIZOTÍPICO / LÍMITE Ítems 2, 16, 30, 43, 53, 59, 63 y 65.	15	14,40	6,84	9	12	17
HISTRIÓNICO / PATRÓN SEDUCTOR Ítems 3, 17, 31, 44, 54 y 60.	16	19,85	6,5	15	20	24
PARANOIDE Ítems 4, 18, 32, 45, 55 y 61.	14	17,16	6,75	12	17	21
EVITATIVO / AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA Ítems 5, 19, 33, 46 y 56.	13 (+1,06)	8,27	3,67	5	17	10
DEPENDIENTE Ítems 6, 20, 34, 47 y 57.	16 (+0,86)	10,41	4,91	7	9	13

HISTRIÓNICO / DEPENDENCIA EMOCIONAL Ítems 7, 21, 35 y 48.	10	8,27	3,68	8	12	16
OBSESIVO COMPUSIVO / PERFECCIONISTA Ítems 8, 22, 36 y 49.	19	15,07	4,82	11	15	19
EVITATIVO / HIPERSENSIBLE	15	11,97	4,97	8	11	15
DEMÁS	9	6,5	3,4			

Gráfica 8 CCE-TP REPLICACIÓN

Fuente: Elaboración Propia



Para finalizar este apartado se llevará a cabo un paralelo entre la aplicación y la replicación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de personalidad, por tal motivo se destacan los siguientes puntajes que quedaron igual, después de la ejecución del plan de intervención, estos son: antisocial, dependiente, obsesivo compulsivo/perfeccionista. También se consideran los puntajes que incrementaron tras el cumplimiento del diseño de tratamiento propuesto para las tres problemáticas identificadas, que serían: pasivo-agresivo/temor a ser dominado, evitativo/autopercepción negativa. No obstante, para la terapeuta posee mayor significado aquellos puntajes que bajaron conforme a la aplicación de las distintas técnicas cognitivas y conductuales, elegidas con la finalidad de disminuir el malestar

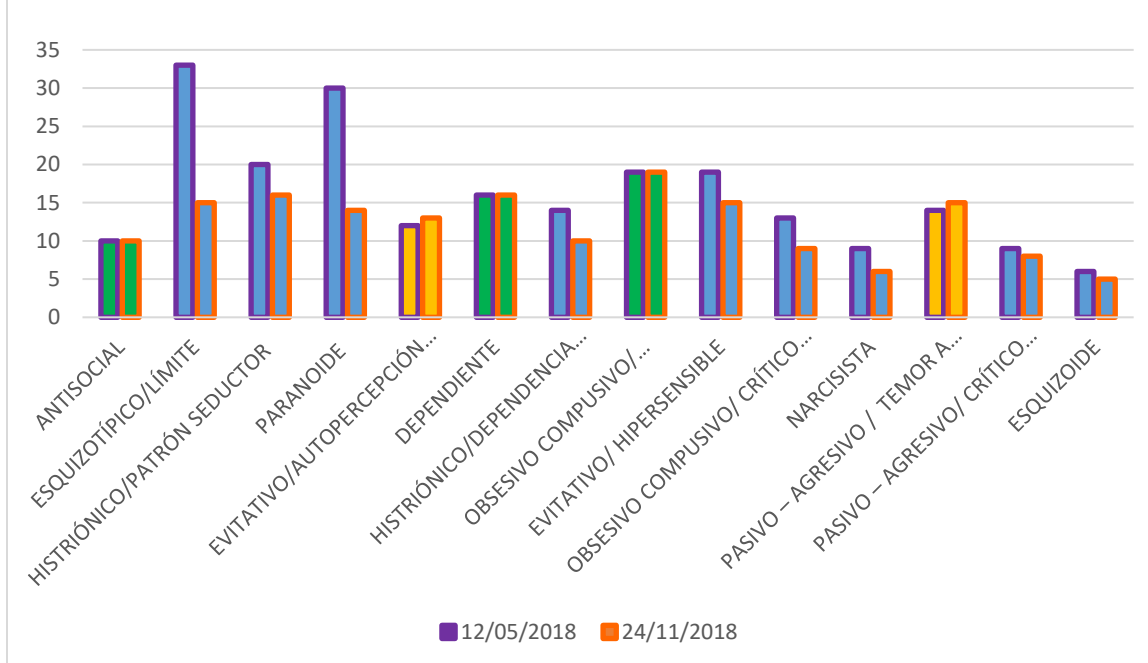
manifestado por KH, estos son: esquizotípico/limite; histriónico/patrón seductor; paranoide; evitativo/autopercepción negativa; histriónico/ dependencia emocional; evitativo/hipersensible; obsesivo compulsivo/ crítico frente a los demás; narcisista; pasivo-agresivo/ crítico frente a la autoridad; esquizoide. La información anterior va estar resumida en tabla 11 que se presentará y estará ilustrada en la gráfica 9, exhibida como continuación de lo anterior.

Tabla 11 *Paralelo aplicación 12/05/2018 y replicación 24/05/2018 del CCE-TP*

Fuente: Formato de presentación de resultados Marin, Carlos Alberto; Londoño, Nora H (2009)

CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	12/05/2018 APLICACIÓN	24/05/2018 REPLICACIÓN	OBS.
ANTISOCIAL	10	10	IGUAL
ESQUIZOTÍPICO/ LÍMITE	33 (+11,76)	15	BAJÓ
HISTRIÓNICO/ PATRÓN SEDUCTOR	20	16	BAJÓ
PARANOIDE	30 (+6,09)	14	BAJÓ
EVITATIVO/ AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA	12 (+0,06)	13 (+1,06)	SUBIÓ
DEPENDIENTE	16 (+0,68)	16 (+0,86)	IGUAL
HISTRIÓNICO/ DEPENDENCIA EMOCIONAL	14 (+2,05)	10	BAJÓ
OBSESIVO COMPUSIVO/ PERFECCIONISTA	19	19	IGUAL
EVITATIVO/ HIPERSENSIBLE	19 (+2,06)	15	BAJÓ
OBSESIVO COMPUSIVO/ CRÍTICO FRENTE A LOS DEMÁS	13 (+3,1)	9	BAJÓ
NARCISISTA	9	6 (-0,69)	BAJÓ
PASIVO – AGRESIVO / TEMOR A SER DOMINADO	14	15	SUBIÓ
PASIVO – AGRESIVO/ CRÍTICO FRENTE A LA AUTORIDAD	9	8	BAJÓ
ESQUIZOIDE	6	5	BAJÓ

Gráfica 9 *COMPARATIVO APLICACIÓN (12/04/2018) Y REPLICACIÓN (24/11/2018) DEL CCE-TP*
Fuente: Elaboración Propia

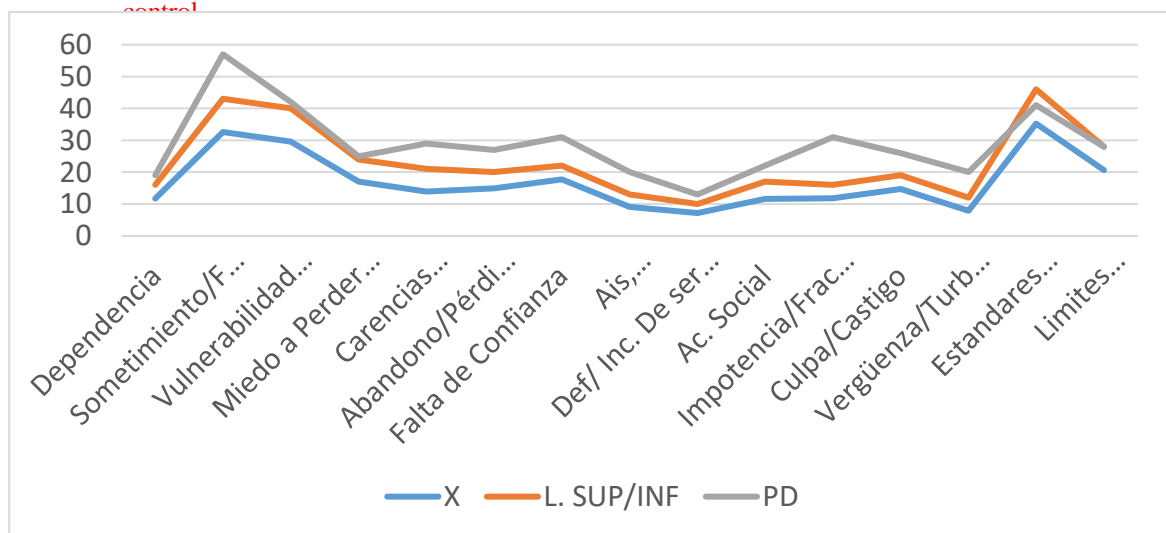


Cuestionario EMT

El cuestionario EMT está diseñado con el propósito de identificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos EMTs del/ de la paciente, encontrándose relacionados cada uno de éstos con su área o dominio, que son: autonomía, conexión y valor de sí mismo, y está conformado por ciento veintitrés (123) enunciados. A continuación un resumen de la información presentada:

Tabla 12 *Presentación de Resultados Cuestionario EMT*

AREAS/EMT	ITEMS	MEDIA	DESVIACION	PROMEDIO	PD
AUTONOMIA					
Dependencia	1-6	11,69	4,45	7-16	19
Sometimiento/falta de individualidad	7-20	32,56	11,02	43-21	57
Vulnerabilidad al daño	21-31	29,63	10,81	40-18	42
Miedo a perder el control	32-39	17,03	6,99	24-10	25



Fuente: Formato de presentación de resultados Marin, Carlos Alberto; Londoño, Nora H (2009)

Gráfica 10 *Cuestionario EMT*
Fuente: Elaboración propia

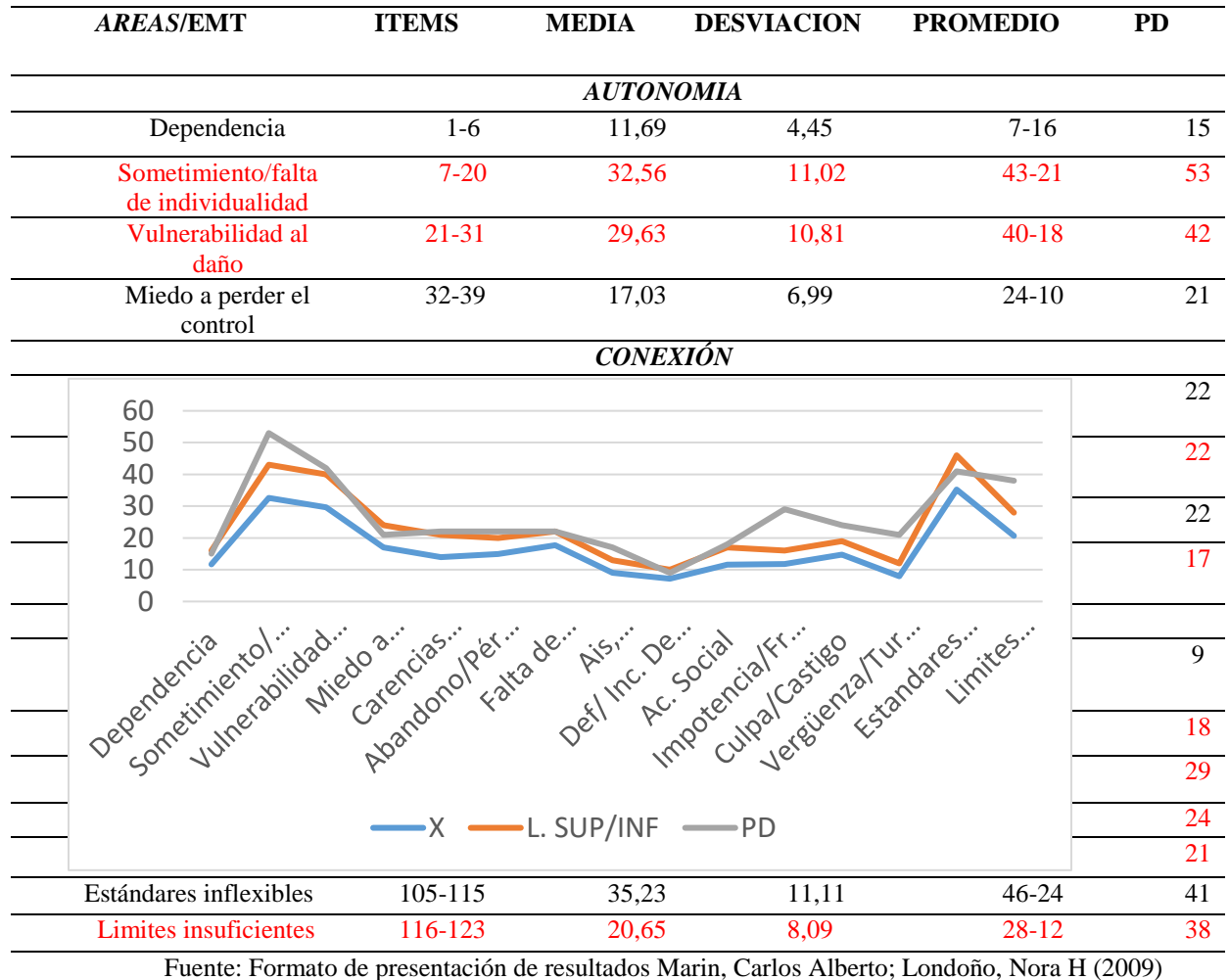
Se puede evidenciar entonces que el área más afectada en la paciente es autonomía, ya que todos los EMTs que la conforman (cuatro = 4) se encuentran por encima del límite superior, el resultado más significativo es el obtenido en Sometimiento, alguna de las expresiones que lo comprueban por su calificación, son: “Dejo que las otras personas se salgan con la suya” “siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás” “antepongo las necesidades de los otros a las mías” “Me preocupo por complacer a los demás” “Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta”. Luego le sigue dependencia, en donde se destaca la verbalización: “No me siento capaz de valerme por mí misma”. Posteriormente, se encuentra el área de conexión, teniendo todos sus EMTs activos, donde prevalece la falta de confianza, destacándose en ella: “Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí” “siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas” “es solo una

cuestión de tiempo antes que la gente me traicione”, y también está el esquema de carencias emocionales: “Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades” “No recibo suficiente amor ni atención” “No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase”. Por otro lado se encuentra los esquemas maladaptativos relacionados con valor de sí misma, en esta área se encuentran activos cinco de siete EMTs, el más significativo es fracaso evidenciado en KH de esta manera: “Casi nada de lo que yo hago es tan bueno como lo que hacen los demás” “la mayoría de las personas son más capaces de lo que soy yo” “si confío en mi propio criterio, tomaré la decisión equivocada”, el siguiente es culpa: “Soy muy crítico ante mis errores” “me siento culpable de errores que he cometido” “a menudo me siento culpable sin saber por qué”.

Se continuará con un paralelo entre la aplicación llevada a cabo el 19/05/2018 y la replicación ejecutada el 17/11/2018. Donde se podrá apreciar que creencias incrementaron, disminuyeron o mantuvieron su puntaje. En el área de autonomía, las creencias que sustentan los EMTs de dependencia, sometimiento/falta de individualidad y miedo a perder el control, disminuyeron con respecto a su puntaje directo, mientras que el de vulnerabilidad al daño permaneció igual. Con relación al dominio de conexión, se puede decir que todos los esquemas maladaptativos tempranos de Carencias emocionales, Abandono/ pérdida, Falta de confianza y Aislamiento social/ alineación bajaron en su puntuación. Al igual que la mayoría de los esquemas correspondientes al valor de sí mismo, Defectos/ incapacidad de ser amado, Aceptación social, Impotencia/ fracaso y Culpa/ castigo, mientras que los supuestos que sostienen los esquemas nucleares de Vergüenza/ turbación, y Límites insuficientes,

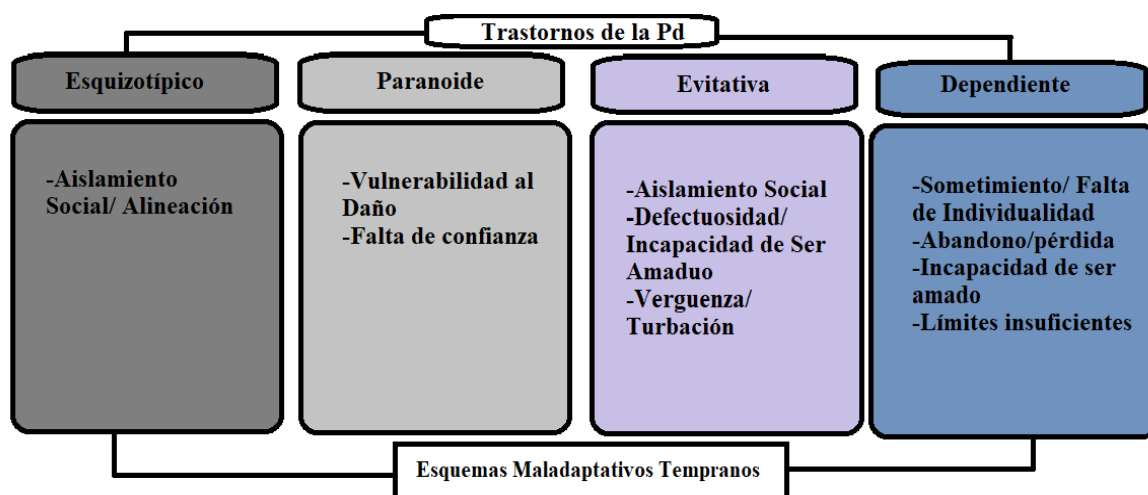
incrementaron en su puntaje. Por último, la puntuación de Estándares inflexibles se mantuvo igual con relación a la primera aplicación.

Tabla 13: *Replicación (17/11/2018) EMT*



Gráfica 11 Replicación EMT 17/11/2018

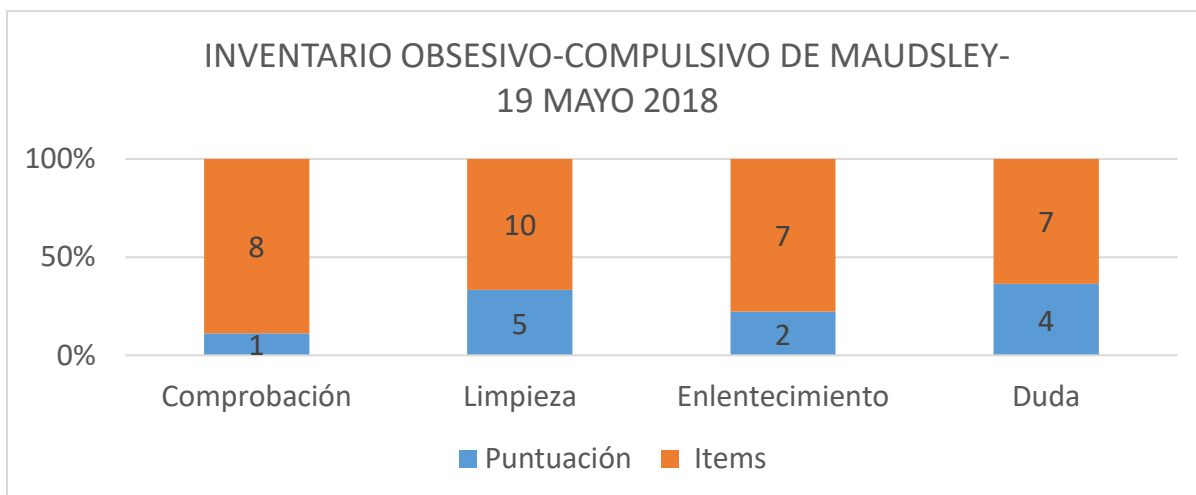
Fuente: elaboración propia



Análisis- Relación entre los resultados del CCE-TP Y EMT

Teniendo en cuenta las definiciones de los esquemas maladaptativos tempranos y las características de la personalidad identificadas, se hizo una relación entre estos dos aspectos mencionados, con la finalidad de obtener una aproximación al diagnóstico y a la conceptualización cognitiva.

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOCI)



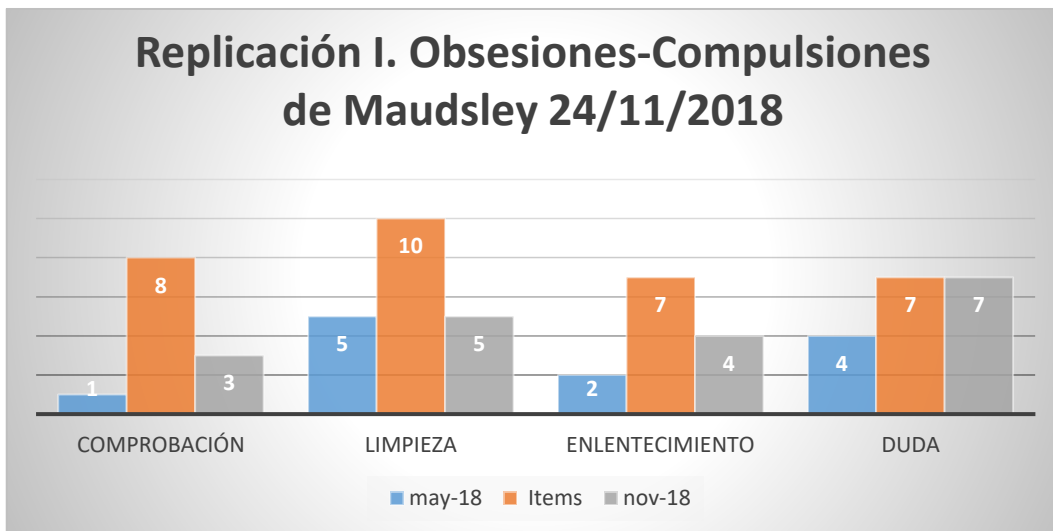
El MOCI es un inventario auto-administrado que se encuentra conformado por treinta (30) ítems y cuatro (4) sub-escalas: comprobación, limpieza, lentitud y duda (Muñoz López, Roa Álvaro, & Pérez Santos, 2002). A continuación se presentará la gráfica que contiene los resultados obtenidos

Gráfica 13 *Resultado Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley*
Fuente: Elaboración Propia

Como se puede evidenciar KH obtuvo una puntuación total de doce (12). Donde predomina la limpieza y la duda. En la primera, indicó como verdadero, “Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación” y como falso: “Uso solo una cantidad media de jabón” “No me preocupo excesivamente por la limpieza” “No estoy preocupado por los gérmenes y las enfermedades” “no siento mis manos sucias después de tocar dinero”. En la segunda, marcó como verdadero: “La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente” “Tengo la conciencia muy estricta” “Incluso cuando hago una cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta” y como falso: “Ninguno de mis padres fue estricto durante mi infancia”.

El 24 de noviembre del 2018 se realizó la replicación del Inventario de Obsesiones Compulsivo de Maudsley, con el propósito de valorar el impacto generado por la intervención realizada. A continuación se graficará la información mencionada anteriormente.

Gráfica 14 Replicación Inventario de Maudsley
Fuente: Elaboración Propia



Tal y
como se

aprecia en el gráfico se puede observar en el gráfico que la mayoría de las compulsiones incrementaron en comparación con la primera aplicación, a excepción de la limpieza que se mantuvo con un puntaje de 5.

8. CONCEPTUALIZACIÓN Y FORMULACIÓN CLÍNICA

La conceptualización cognitiva es el marco que le posibilita al terapeuta, comprender al/ a la paciente, y de esta manera, poder diseñar un plan de tratamiento eficiente y efectivo. Éste se desarrolla a partir de hipótesis sobre cómo el/ la consultante llegó a desarrollar su trastorno o problemática que merece atención clínica. Estas posibles explicaciones surgen a través de las siguientes preguntas: ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?; ¿Qué experiencias al inicio de su vida y aprendizajes aportan a su malestar actual?; ¿Cuáles son las creencias centrales, intermedias y pensamientos?; ¿qué mecanismos o estrategias cognitivas, comportamentales y afectivas ha empleado para hacerle frente a sus creencias disfuncionales? ¿Qué percepción tiene de sí (en el pasado y en la actualidad)? ¿Cómo percibe su futuro y su mundo personal, antes y ahora?; ¿Cuáles fueron las variables de tensión que contribuyeron a sus problemas psicológicos u obstaculizaron con la habilidad para resolverlos? (Beck J. S., 2008)

8.1. Diagnóstico

La presencia de diagnósticos fiables y válidos es esencial para anticipar el curso del trastorno, orientar de forma adecuada el plan de intervención, evaluar los resultados obtenidos del proceso terapéutico y estimar las tasas de prevalencia de los distintos cuadros clínicos. Por tal motivo, éstos solo deben utilizarse cuando están basados en procesos científicos. (Citado en Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014). Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 se encuentra basado en un modelo categorial al igual que las ediciones anteriores. No obstante, sus autores al ser conscientes de las limitaciones de este modelo, incorporan aspectos del enfoque dimensional. Por tal razón, se

examina la severidad de los síntomas (leve, moderado y severo) (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014)

Es así como el diagnóstico de KH se va a emitir según los lineamientos establecidos en el DSM-5. Teniendo como motivo de consulta o diagnóstico principal el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, y en segundo orden de necesidad de atención, al Trastorno Distímico, inicio tardío.

Por otro lado, se plantea la existencia de características de personalidad dependiente, teniendo como base las dificultades que presenta para expresar desacuerdos con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo y aprobación, por una parte y por la otra, para comenzar proyectos o hacer las cosas a su manera; la sensación de incomodidad o desamparo que experimenta cuando está sola debido a su miedo exagerado de ser incapaz de cuidarse ella misma; la búsqueda urgente de otra relación que le brinde el cuidado que necesita que emprende al finalizar una relación importante; estar preocupada de forma no realista por el miedo a que la abandonen (American Psychiatric Association, 2002). También, se debe incluir el esquema central de Inamabilidad.

Con relación a enfermedades médicas que puedan estar o no relacionadas con los diagnósticos presentes, se reporta la presencia de migraña y anemia en KH; y en lo que respecta a los factores contextuales y psicosociales, se identifica los problemas relativos al ambiente social: dificultades para adaptarse a otra cultura.

En pocas palabras, de acuerdo con la clasificación ofrecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, la paciente presenta (F42.8) Trastorno

Obsesivo- Compulsivo [300.3] Con poca introspección y (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) [296.55] Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual, moderado.

8.1.1. Diagnóstico Diferencial

Se entiende por diagnóstico diferencial, aquel proceso que se lleva a cabo con la finalidad de identificar una psicopatología en específico o cualquier condición de salud-enfermedad, a través de la exclusión de otras posibles causas que presente el cuadro clínico semejante al que el/la paciente padezca. (Morales, S.f.). Con base en lo anterior, se plantea como diagnóstico diferencial del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, los siguientes: Trastornos de Ansiedad, ya que en ellos, también pueden aparecer pensamientos recurrentes, conductas de evitación y preguntas repetitivas. No obstante, este tipo de pensamientos por lo general están relacionados con preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones pueden incluir un contenido que es extraño, irracional e incluso de naturaleza mágica. Además, frecuentemente se presentan compulsiones relacionadas con estos pensamientos intrusivos; Trastorno Depresivo Mayor, éste se puede diferenciar del TOC, debido a que la preocupación que lo acompaña, se caracterizan por ser pensamientos congruentes con el estado de ánimo; Trastornos Psicóticos, algunos pacientes con TOC tienen escasa conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones en ausencia de otros síntomas de la esquizofrenia o del trastorno esquizoafectivo (Psicoasesor, 2016).

Dentro de los trastornos que hacen parte de la categoría clínica: otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, se encuentra el trastorno dismórfico corporal, donde

las obsesiones y compulsiones están circunscritas a la preocupación por la apariencia física, y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el comportamiento compulsivo se delimita a halarse del pelo sin obsesiones vinculadas. En el trastorno de acumulación, los síntomas giran alrededor de la dificultad constante de eliminar o separarse de los objetos (Psicoasesor, 2016).

Por otro lado, el TOC se puede diferenciar de los Trastornos de la alimentación, en los siguientes aspectos con la anorexia nerviosa en que en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, los pensamientos intrusivos y actos repetitivos no se limitan a las preocupaciones acerca del peso y a la comida. Con relación a los Tics y movimientos estereotipados, que se encuentran definidos como una vocalización o un movimiento repentino, recurrente, no rítmico y rápido. Mientras que un movimiento estereotipado es un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, un comportamiento y que no cumple función alguna. Ambos presentan menos complejidad que las compulsiones y no están dirigidos a neutralizar las obsesiones. Además, las compulsiones a menudo están antecedidas por obsesiones, mientras que los tics generalmente están precedidos por impulsos sensoriales. Sin embargo a pesar de estas diferencias, la discriminación entre tics y compulsiones puede ser difícil (Psicoasesor, 2016).

Con respecto a los otros comportamientos de tipo compulsivos, dentro de los que se encuentran los sexuales, tales como: las parafilias; el juego y el consumo de sustancias se pueden distinguir de las compulsiones propias del TOC, debido a que por medio de estas actividades los pacientes obtienen placer y el deseo de abstenerse de ellas obedece a sus consecuencias negativas. Por otra parte, se encuentra el Trastorno de personalidad obsesivo-

compulsiva, que aunque tengan designados nombres semejantes, sus síntomas y signos son diferentes. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva se caracteriza por un patrón de perfeccionismo excesivo y un control rígido, generando una adaptación inadecuada, generalizada y permanente en ausencia de pensamientos intrusivos o conductas repetitivas. (Psicoasesor, 2016)

Con relación al trastorno depresivo persistente (Distimia) se plantea el siguiente diagnóstico diferencial con el Trastorno depresivo mayor, esta definición depende en gran medida de la duración de los síntomas, esta es de dos años a diferencia de los episodios depresivos que su magnitud es inferior. Sin embargo, si en algún momento de este periodo, la persona puede cumplir con los criterios suficientes para constituir un episodio depresivo mayor, este acontecimiento se debe codificar empleando el especificador de: "con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual (Psicoasesor, 2016), como es el caso de la paciente.

Por otro lado, están los Trastornos psicóticos, debido a que los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia estos trastornos en fase crónica. Lo anterior no se presenta en KH. También, se encuentran los Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se comprueba a través de la historia personal, laboratorios y examen médico, que la etiología de la alteración del estado ánimo estaría relacionada con una sustancia (Psicoasesor, 2016)

Con respecto a los Trastornos de la personalidad, generalmente puede establecerse la coexistencia de alteraciones de la personalidad y del estado de ánimo. Por el cumplimiento de

los criterios para ambos. En el caso anterior, se debe emitir los dos diagnósticos. Por tal motivo, con la paciente se registró la Distimia y Características de Personalidad Dependiente. Para este último diagnóstico, se debe llevar a cabo el diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales y afecciones médicas, ya que éste se debe diferenciar de la dependencia provocada por otros trastornos mentales, como lo son: depresión, de pánico, la agorafobia, y también como resultado de otras afecciones médicas (Psicoasesor, 2016).

Por otro lado, hacen presencia los otros trastornos de la personalidad, ya que éstos tienden a llegar a confundirse con el dependiente, debido a sus características en común. Por tal razón, la distinción se debe realizar teniendo en cuenta los aspectos diferenciales, conociendo que ante la presencia de varios trastornos de esta categoría se debe emitir todos los diagnósticos. El/la dependiente se identifica por ser sumiso, apegado y reactivo. Varios ejemplos que clarifican lo anterior son: un límite y un dependiente le temen al abandono, pero se diferencian en la reacción que tienen ante éste, el límite reacciona con sentimientos de vacío, irritabilidad y demandas, mientras que la persona con características dependientes responde aumentando su sumisión y emprendiendo la búsqueda de un vínculo que reemplace el apoyo y los cuidados. También, el trastorno límite se distingue por un patrón de relaciones intensas e inestables. Por otro parte, los histriónicos y los dependientes presentan una fuerte necesidad de seguridad y aprobación hasta el punto de llegar a parecer apegados e infantiles. No obstante, el trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por un comportamiento humilde y dócil, y el trastorno de la personalidad histriónica despliega una gama de conductas sociables con exigencias activas de atención; Tanto el evitativo como el dependiente tienen necesidad de seguridad, sentimientos de ineptitud e hipersensibilidad a la crítica. Pero, las personas con

Trastorno de la Personalidad Evitativa presentan un fuerte temor a la humillación y al rechazo que los lleva a distanciarse hasta no comprobar que serán aceptados. A diferencia de las personas con Trastorno de Personalidad Dependiente que exhiben un patrón de búsqueda y mantenimiento de relaciones relevantes con los otros, y nunca evitan o se apartan de las vinculaciones. Entonces, se debe tener en cuenta que muchos poseen características de personalidad dependiente, sin embargo, solo constituye un trastorno, cuando estos rasgos sean desadaptativos, inflexibles y persistentes. Lo que no se pudo constatar en la paciente.

8.1.2. Criterios Diagnósticos basados en el DSM-V

Con el propósito de complementar la información anterior, se realiza la construcción de tablas que permitan evidenciar el cumplimiento en la paciente de los criterios diagnósticos estipulados para el trastorno depresivo persistente, el trastorno obsesivo-compulsivo y las características de personalidad dependiente. Teniendo en cuenta que los criterios diagnósticos son directrices específicas para cada trastorno mental que permiten el establecimiento de un concepto clínico, puesto que se ha evidenciado que su utilización incrementa la comprensión entre los terapeutas e investigadores. De tal manera que su aplicación demanda un entrenamiento que fomente el conocimiento y las habilidades del campo (American Psychiatric Association, 2002)

Tabla 15 *Criterios diagnósticos según DSM-V*

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	TRASTORNOS	CATEGORÍA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ DESCRIPTORES	C.	N.C.
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:			
		OBSESIONES	Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno, como intrusas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.	X	
			El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamientos o acto (es decir, realizando la compulsión)	X	
		COMPULSIONES	Comportamientos (p.ej., lavado de manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p.ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) repetitivos, que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida	X	
			El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos	X	
		MALESTAR CLÍNICO/ NIVEL DE AFECTACIÓN	Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	X	
		DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Los síntomas obsesivos-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.	X	
			La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p.ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad para deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [Trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con	X	

			sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista)		
Especificar si: Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas. Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas Especificar si: El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.					
CATEGORIA DIAGNÓSTICA	TRASTORNOS	CATEGORÍA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ DESCRIPTORES	C.	N. C.
TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)	En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.			
		DURACIÓN	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.	X	
		SÍNTOMAS Presencia de 2 o más de estos:	<ul style="list-style-type: none">· Poco apetito o sobrealimentación· Insomnio o hipersomnia· Poca energía o fatiga· Baja autoestima· Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones· Sentimientos de desesperanza	X	
		DURACIÓN/ SÍNTOMAS	Durante el periodo de 2 años de la alteración, el individuo no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos	X	
			Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años		

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio, un episodio hipomaníaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.	X	
	La alteración no explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.	X	
	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).	X	
NIVEL DE AFECTACIÓN	Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	X	
<p>Nota: Cómo criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con ansiedad</p> <p>Con características mixtas</p> <p>Con características melancólicas</p> <p>Con características atípicas</p> <p>Con características psicóticas congruentes con el estado de animo</p> <p>Con características psicóticas no congruentes con el estado de animo</p> <p>Con inicio en el periparto</p>			
<p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial</p> <p>En remisión total</p> <p>Especificar si:</p> <p>Inicio Temprano: Si el inicio es antes de los 21 años</p> <p>Inicio Tardío: Si el inicio es después de los 21 años</p> <p>Especificar (durante la mayor parte los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):</p> <p>Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores</p> <p>Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios del episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores</p> <p>Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión completo.</p>			

Comorbilidad clínica entre trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente. Una perspectiva cognitivo-conductual

90

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios mayores al menos en los dos años anteriores. Especificar la gravedad actual: Leve Moderada Grave					
CATEGORIA DIAGNÓSTICA	TRASTORNOS	CATEGORÍA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS/ DESCRIPTORES	C.	N.C.
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE		Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:		
			Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin concejo y la reafirmación excesiva a otras personas		X
			Necesita a los demás para asumir las responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida		X
		SÍNTOMAS Y SIGNOS	Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo)	X	
			Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía.)		X
			Va demasiado lejos llevado para obtener aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan	X	
			Se siente incómodo o indefenso cuando está sólo por miedo exagerados a ser incapaz de cuidarse a sí mismo		X
			Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y el apoyen.	X	
			Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.	X	
Fuente: Elaboración propia (Basado en American Psychiatric Association , 2014, págs. 237; 168-169;675)					

8.2. Factores de Desarrollo

Por medio de la identificación de los factores de riesgo se atiende a las variables personales y psicosociales que se encuentran relacionados con la resistencia, influencia y comprensión de forma directa en la que estos factores influyen en el desarrollo de la psicopatología. Por lo anterior, por medio de este proceso se reconocen los factores que están más vinculados con la aparición de problemáticas y trastornos particulares. De esta manera, se observa el propósito de la psicopatología evolutiva, que es integrar la información de los aspectos del desarrollo normal y anormal, por una parte y por la otra, de los procesos y factores que impactan por medio de un enfoque temporal (Citado en Cova Solar, 2004). A continuación, se describirán los factores de predisposición (biológico, familiar, psicológica, social), adquisitivos, desencadenantes o precipitantes (distal o proximal) y de Mantenimiento de la paciente:

De acuerdo a los tres problemas identificados: 1. Problemas en la relación de pareja; 2. Respuestas de ansiedad; 3. Alteración en el estado de ánimo, de tipo depresivo. Estos son los factores de desarrollo:

a. Factores de predisposición

Wolpe brinda la siguiente definición de los factores de predisposición: "cualquier variable que facilita la adquisición de una conducta en un sujeto expuesto a condiciones precipitantes" (Citado en Caballo, 1998, pág. 28). En otras palabras, éstas abarcan variables que hacen que ciertas personas bajo eventos específicos, desarrollen un problema en particular mientras que otros en circunstancias semejantes, no lo hagan. Lo anterior, quiere decir que estos factores poseen un peso causal relativamente bajo, no obstante, cuando entran en contacto con otras

variables, potencian sus efectos, de tal manera que incrementan significativamente la probabilidad de aparición de un fenómeno particular. En la paciente, se identificaron los siguientes:

- *Biológica:* El DSM-V propone dentro de estas variables para el trastorno depresivo persistente y para el trastorno obsesivo-compulsivo, los niveles de neuroticismo o afectividad negativa (Psicoasesor, 2016, pág. 170; 239). Aspecto característico en el temperamento de KH
- *Psicológica:* Por el *apego seguro*, KH confiaba en que su padre sería accesible, sensible y colaborador ante sus necesidades. Mientras que con respecto a su madre, KH desconfiaba que recibiría cuidados y afectos por su parte, al contrario, esperaba ser desairada. Demostrando de esta manera, el *apego ansioso elusivo*. Su madre se caracteriza por ser crítica, autoritaria y perfeccionista.
- *Familiar:* En este apartado se encuentran los problemas de alcohol del padre, reportado antes del nacimiento de KH. Y a los 20 años, la paciente descubre la adicción a los analgésicos que tiene su progenitor. Por otro lado, indica que la madre padeció de episodios depresivos. resivos en la madre.

b. Factores Adquisitivos

Este apartado incluye el conjunto de relaciones y principios que definen la adquisición de nuevos repertorio y el cambio de conducta de los organismos, por medio del establecimiento de relaciones entre patrones de eventos ambientales y de acontecimientos conductuales. Hayes (1989) ha estudiado estas relaciones y sus principios: condicionamiento pavloviano,

condicionamiento operante o instrumental, viabilidad y selección de la conducta por sus consecuencias, aprendizaje vicario y por control instruccional (Caballo V. E., Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1998). A continuación se expondrán las encontradas en KH:

- *Modelamiento o aprendizaje social*: Rachman (1976) sostiene que las compulsiones de verificación o duda ocurren con mayor probabilidad en personas con padres exigentes, críticos y con altos estándares de funcionamiento. En el caso de KH, sería la madre. Además, el *Modelo bifactorial de Mowrer*, explica que las respuestas de evitación se producen y al tiempo se ven reforzadas negativamente por su capacidad para reducir la ansiedad (*condicionamiento instrumental*). En KH existe la evitación pasiva, en el caso de apagar la televisión al momento de emitir noticias de inmigración en los Estados Unidos. Y las respuestas de evitación activa al realizar conductas compulsivas, como revisar una y otra vez, los closet y la basura. También, se producen procesos de condicionamiento, cuando se asocia estímulos neutros con el estímulo condicionado inicial. En la paciente, lo anterior se hace evidente en lo siguiente: al decirle el amigo que L. le había sido infiel en su casa, KH empieza a tener respuestas de ansiedad, al observar un cambio en la residencia: basura afuera, cama desordenada, mayor número de latas de cervezas en la mesa (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).
- Por otro lado, Seligman (1975) postula que la *expectativa de incontrolabilidad* (aprendizaje de que existe cierta independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es motivo suficiente para la aparición de un estado de ánimo, depresivo. Uno de los factores que inciden en lo anterior es una historia de

fracasos en el manejo de las situaciones, tal como se puede evidenciar en las experiencias vitales de KH. Lo anterior, se complementa con el aporte realizado por Abramson (1978), quien junto a otros autores, realiza un análisis del *estilo atribucional* de los pacientes depresivos, argumentando que este sería: interno, estable y global, lo que explica, la culpabilidad y autoacusación presentes en la paciente. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

- Otro proceso que se puede observar en la paciente, por medio de la desesperanza que manifestaba es lo que denomina Martin Seligman (1975) como indefensión aprendida, quien brinda una explicación desde un enfoque cognitivo, ya que argumenta que estos comportamientos se adquieren cuando el animal no tiene esperanza para controlar una situación contraria en la que esta presente, creyéndose, incapaz o incompetente. Este autor aplicó esta teoría al estudio de la conducta humana y postuló que la pérdida percibida de control sobre el entorno, es decir, el aprendizaje por parte del sujeto de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales, se constituye en una causa suficiente para la aparición de una alteración en el estado de ánimo. También, sustentó que lo anterior puede ser provocado por las siguientes variables: a) un historial de fracasos en el manejo de situaciones, y b) una historia de reforzamientos basado en una base que no tuvo en cuenta el aspecto contingente, lo que no posibilitó a la persona, el aprendizaje de las aptitudes requerida para controlar/dominar el ambiente. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)
- *Auto concepto y Ajuste social:* El auto concepto social hace alusión a la autopercepción de las competencias y habilidades con relación a las relaciones

interpersonales. Lo anterior da a entender que su constructo se encuentra conformado por la competencia social y la aceptación social; cabe resaltar la interrelación existente entre sí (Goñi Palacios & Fernández Zabala, 2007). Por otro lado, se debe resaltar que el auto concepto no es heredado, sino que es producto de la acumulación de autopercepciones obtenidas de las vivencias del sujeto en su interacción con el entorno (Núñez y González, 1994). En el transcurso de los años se va formando este esquema de carácter autorreferencial, ganando mayor estabilidad y capacidad para orientar nuestro comportamiento. Por esta razón, Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social y su funcionamiento particular está ligado al ambiente inmediato. No obstante, éstas también están determinadas por las características evolutivas de la persona. Ejemplo de lo anterior, son los postulados de Alcaide (2009), quien considera que la adolescencia se diferencia de las otras etapas del desarrollo porque comprende la crisis de identidad, donde los jóvenes intentan darle respuesta a los interrogantes tales como ¿quién soy?, ¿qué haré con mi vida?, entre otras. Este cuestionamiento interno se puede observar en el intento del joven por adquirir nuevos roles, identificación de intereses ocupacionales y, específicamente, en el intento por conseguir la autonomía familiar y de los demás adultos significativos. La primera demanda del adolescente es el desarrollo del sentido de la propia identidad, aportando a la integración y continuidad del yo. Desde un enfoque más amplio, para los jóvenes, el desarrollo de las relaciones interpersonales es un factor muy influyente sobre las autopercepciones. (Cazalla-Luna & Molero, 2013). Se menciona y define este proceso, debido a que se puede evidenciar en el caso, algunos aspectos relacionados a lo tratado

anteriormente, recordemos entonces que, KH sufrió de Cyberbullying a sus 12 años por sus amigas. Este acontecimiento que impactó negativo el desarrollo de su auto concepto y su ajuste social.

- *Aprendizaje Cognitivo:* La Real Academia Española conceptualiza la palabra aprender como el proceso por medio del cual se adquiere el conocimiento de algo a través del estudio o de la experiencia. Por otro parte, el término “cognitivo” se refiere a la “cognición” que se entiende como la capacidad del ser humano para conocer su entorno, empleando la percepción y los órganos del cerebro. Es así como, el concepto de aprendizaje cognitivo abarca todos los procesos que intervienen durante el procesamiento de la información, que entran por la puerta sensorial, pasan por el sistema cognitivo y salen por la respuesta producida (pensamiento, acción, emoción y rta fisiologica)
- *Frustración Tóxica de Necesidades:* Se encuentra dentro de las experiencias vitales precoces o experiencias infantiles toxicas descritas por Young (2013), las cuales se constituyen como el principal causante de los esquemas maladaptativos tempranos. La frustración tóxica de necesidades se produce cuando el/la niño(a) experimentan demasiado poco de algo positivo, adquiriendo esquemas como la privación emocional o el abandono por causa del déficit existente en el entorno primario. El contexto que está alrededor del/ de la niño(a) carece de estabilidad, comprensión o amor (Young, Klosko, & Weishaar, 2013). Con relación al apartado anterior, recordemos que el tipo de apego establecido entre la madre y KH era en ansioso elusivo, debido a que desconfiaba de que recibiría su atención y sus cuidados, mientras que esperaba ser

desairada, criticada y comparada por su progenitora. Al inicio de su vida, su relación se caracterizaba por ser distante por motivos de orden laboral y académico por parte de la madre. Y en su juventud, se caracterizaba por ser conflictiva por las diferencias de sus intereses. Al respecto KH manifestaba: *“ella no ve nada de lo que hago como éxito, porque no tomé un trayecto tradicional”*

- *Aprendizaje vicario o por observación:* Bandura (1973) sostiene que “Las conductas que las personas muestran son aprendidas por observación, sea deliberada o inadvertidamente, a través de la influencia del ejemplo. Observando las acciones de otros, se forma en uno la idea de la manera cómo puede ejecutarse la conducta y, en ocasiones posteriores, la representación sirve de guía para la acción. La investigación de laboratorio se ha ocupado principalmente del aprendizaje por observación de acciones agresivas específicas; sin embargo, los modelos pueden enseñar también lecciones más generales. Observando la conducta de los demás, puede uno aprender estrategias generales que proporcionen guías para acciones que trasciendan los ejemplos concretos modelados” (Bandura & Ribes Iñesta, 1975)

Este tipo de aprendizaje argumenta el por qué, los episodios depresivos de la madre son un factor de predisposición familiar. Además, KH expresó en varias oportunidades: *“mi relacionamiento era un espejo de la relación de mis padres, porque mi mamá hacía todo, mientras que mi padre estaba enfermo... Y siempre he admirado a mi mamá por quedarse con él. Me siento super culpable de dejar a L. así, por no ser la esposa devota”*

c. Factores Desencadenantes o Precipitantes

Los factores desencadenantes son aquellos que anteceden de manera inmediata a la aparición del problema. Cabe resaltar que no constituyen por sí solos, un factor causal determinate, aunque estén funcionalmente relacionados con éste. Simplemente, se caracterizan por mantener un vínculo estrecho con la conducta y la precipitan, resaltando su incapacidad de ejecutar esta tarea en ausencia de los factores de predisposición. (Caballo V. E., Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1998). A continuación analizaremos tanto las variables distales como proximales que se presentan en el caso:

- *Distal:*

- A sus 12 años edad fue Víctima de Cyberbullying. Para este periodo, KH reporta pérdida de interés en realizar actividades placenteras y descuido en su aseo personal.
- Acontecimientos Vitales que KH significó como fracaso y reactivó sus pensamientos de minusvalía:
 - ↓ Eliminación del equipo de voleibol a sus (14 años)
 - ↓ No admisión en su primera opción universitaria (17 años)
 - ↓ Tomar la decisión de abortar. Esta experiencia la significó como un fracaso debido a las creencias religiosas que presentaba en este momento de su vida.
 - ↓ Tardanza en la vinculación al mundo laboral
- Uno de los médicos tratantes del padre, emite el diagnóstico de demencia. KH sostiene que a partir de este momento, sintió temor de perderlo. (15-16 años)

- Fallecimiento del padre: “Después de la muerte de mi padre, me siento cansada y pesada. Antes, tenía un espíritu más ligero y extrovertido” “mi padre era la razón para yo hacer las cosas, no tenía algo o alguien para tener una meta” (24 años). Por otro lado, el DSM-V indica que la pérdida de uno de los padres es uno de los factores de riesgo ambiental que promueve la aparición del trastorno depresivo persistente.

(Psicoasesor, 2016)

- *Proximal*

A sus 26 años inicia su relación con L., quien es peruano y vive en Brasil. Por esta razón, decide mudarse para este país.

- Estando en Brasil, no tenía un trabajo fijo (realizaba actividades de voluntariado) y esto reactivó los pensamientos de “no útil, sin plan, sin meta”
- El 10 de noviembre del 2016, Trump queda como presidente de los estados Unidos: esto reactiva, la visión catastrófica de KH, ya que amenaza la posibilidad de migración de L., “mi relación está en peligro”
 - 2017: se muda con L. para la ciudad de Barranquilla por una oferta laboral para KH. L. no encuentra trabajo. Ante esta situación, KH, reporta culpa.

d. Factores de Mantenimiento

Este proceso hace alusión a la relación que existe entre el comportamiento y las consecuencias del mismo, que junto con las alternativas conductuales viables, le posibilita a la persona predecir y controlar su comportamiento y el ambiente. Lo anterior, ha generado cambios en la manera de definir y comprender el refuerzo, ofreciendo un nuevo enfoque de los procesos

motivacionales entorno a sus consecuencias a corto plazo, investigadas por Premack, 1962, 1965; Timberlake y Allison, 1974) Y a largo plazo, Estudiadas por Castro, Pérez, Albánchez y Ponce de León, 1983; Castro y Pereira, 1983; Castro y Rachlin, 1980; Rachlin, 1994. En otras palabras, este proceso describe las relaciones de contingencia que determinan la conducta de elección. (Caballo V. E., Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 1998). En la paciente se encuentra:

- *Déficit en habilidades Sociales:* para definir lo qué es una conducta socialmente habilidosa no se ha podido llegar a un criterio en común. Por tal motivo, se presentará varios conceptos: Rich y Schroeder (1976), sostienen que es: “La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando es expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo”; Hersen y Bellack (1977), lo definen como: “ la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”; Wolpe (1977) comenta que se trata de: “la expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no se la respuesta de ansiedad”; Alberti y Emmons (1978) manifiestan que es: “la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás” (Caballo V. E., 2007, pág. 5). Por otro lado, el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes depresivo se han desarrollado teniendo en cuenta la premisa de que ésta alteración en el estado de animo

con el funcionamiento interpersonal inadecuado. Autores como Becker, Heimberg y Bellack (1987) han planteado unos planteamientos que expondremos a continuación:

“1) La depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente a la conducta no deprimida del sujeto; 2) Gran parte de los esfuerzos positivos más importantes para los adultos son de naturaleza interpersonal; 3) Una gran cantidad de refuerzos no sociales dependen de la conducta interpersonal del individuo; 4) Cualquier grupo de técnicas que ayuden al paciente deprimido a aumentar la calidad de su comportamiento interpersonal debería incrementar el refuerzo positivo contingente a la respuesta, disminuir el afecto depresivo y aumentar las conductas no depresivas” (Caballo V. E., 2007, pág. 329)

En la paciente encontramos un déficit en las siguientes habilidades sociales:

- Defender los propios derechos
 - Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo
- *Déficit en la resolución de problemas:* D’Zurilla (1988) define la resolución de problemas como un proceso cognitivo, afectivo, conductual por medio del cual, el individuo pretende reconocer, descubrir o crear estrategias efectivas para manejar un problema específico. Por otro lado, Rose (1986) lo conceptualiza como los medios que emplea el paciente para trabajar sistemáticamente por medio de una muestra de pasos que posibilitan llevar a cabo el análisis de un problema, encontrar nuevas perspectivas, valorar las mismas y diseñar estrategias con la finalidad de aplicarlos en la realidad. Dentro de las aplicaciones que tiene

éste entrenamiento, se encuentra en pacientes con algún tipo de trastorno de depresión y/o ansiedad, por una parte y por la otra, con problemas en la relación de pareja (Chang, 2004).

En este aspecto, la paciente se caracteriza por:

- Evitación del problema
 - Dificultad en la toma de decisiones
- *Compulsiones:* es el acto o conducta que la persona ejecuta con el propósito de liberarse del miedo generado por la obsesión. Este comportamiento puede ser físico o mental. El/la paciente logra identificar que la realización de este ritual no está relacionada de manera lógica con el daño o amenaza que quiere evitar, sin embargo, no por esto consigue pararlos, debido a que le alivian temporalmente (Ortiz-Tallo, 2013). Y es esa sensación de alivio, la que mantiene el trastorno. En kh se pudieron reconocer tanto físicos, tales como: revisar el closeth, revisar la basura; como mentales: revisar los sucesos mentalmente, una y otra vez.
 - *Reactivación de esquemas:* Los esquemas Maladaptativos Tempranos se definen como patrones disfuncionales de pensamiento y emoción que tienen su origen los primeros años de vida y se activan a lo largo de los años. Por tal razón y según este concepto, las conductas son causadas por estos esquemas, sin embargo, no se deben considerar como parte de los mismos (López Pell, y otros, Guías Esquemas de Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para Profesionales, desde el Modelo de Young, Klosko y Wheiser, 2003). En KH se pudieron evidenciar los siguientes: Fracaso(valor de si misma); Sometimiento (autonomía); Falta de Confianza (conexión); Carencias Emocionales (conexión); Vergüenza(valor de si misma); Culpa(valor de si mismo); Abandono (conexión); Aislamiento Social/Alienación (conexión);Aceptación Social (valor de si misma);

Dependencia (autonomía); Incapacidad de Ser Amado (valor de sí misma); Vulnerabilidad Al Daño (autonomía); Miedo a Perder el Control (autonomía). El concepto de lo anterior, se dará a conocer en el apartado 8. Marco Teórico.

- *Visión Catastrófica*: se define como la tendencia a “adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales” (Lemos Hoyos, Londoño Arredondo, & Zapata Echavarría, 2007, pág. 59). Y otras distorsiones cognitivas como lo son: el perfeccionismo y la autoexigencia, la sobregeneralización, las etiquetas globales, el razonamiento emocional, lectura de pensamiento, filtraje. Estas distorsiones se definen como esquemas erróneos de interpretación de acontecimientos que provocan múltiples consecuencias negativas, tales como: alteraciones emocionales, conflictos interpersonales, perspectiva simplista y negativa de la vida. A continuación se anexan los conceptos de las mencionadas anteriormente: distorsión n°1: las exigencias y el perfeccionismo, se encuentran incluidas las creencias rígidas e inflexibles relacionadas con la forma en la que uno debería ser y los demás, abarcando las exigencias a nivel personal y a los otros, transformándose en autocríticas y que acarrearán inhibición en el comportamiento por un lado y por el otro, fomenta la rabia y la agresividad; distorsión n°4: la sobregeneralización, la tendencia a sostener la creencia que si un evento ocurrió una vez, este volverá a suceder muchas veces. Las palabras claves que suelen acompañar a esta distorsión son: “nadie”, “nunca”; “siempre”, “jamás”, “todos”, “ninguno”; distorsión n°5: las etiquetas globales, se entiende como la extracción de uno o dos rasgos de la personalidad y se etique a otra persona o ella misma, suele tener expresiones como: “es un ...” “es una...” “son unos(as)...”; distorsión n° 8: el razonamiento emocional, en esta distorsión, se definen los eventos y/o cosas, tal y como las siente la persona. P. ej. “si

me siento una cornuda, eso soy”. distorsión n°10: lectura de pensamiento, es la afirmación de saber que piensan lo otros y los motivos por lo cual se comportan de una forma determinada. distorsión n°12: filtraje (atención selectiva), se define como la elección de algo negativo de la persona misma, los otros o de los acontecimientos, excluyendo los otros aspectos. (Moreno N. , 2009)

- *Desesperanza*: Stotland (1969), la define como un sistema de esquemas cognitivos que se caracterizan por poseer expectativas negativas con relación al futuro, sea éste a largo o a corto plazo. En éste, la persona cree: que es incompetente para salir adelante por sí misma, que nunca cosechará el éxito en sus acciones, debido a que no alcanzará los objetivos propuestos y no podrá solucionar los problemas que tenga durante la vida. (Citado en Aliaga Tozvar, Rodríguez de los Ríos, Ponce Díaz, Frisanzho León, & Enríquez Vereau, 2006)

A continuación se presentará una tabla con el resumen de la información perteneciente a este apartado:

Tabla 15 Factores de Desarrollo

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES ADQUISITIVOS	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
P1. PROBLEMAS EN LA RELACIÓN DE PAREJA	Biológica: Altos niveles de neuroticismo o afectividad negativa Psicológica: apego seguro con el padre. Mientras que con su madre, el apego establecido es ansioso elusivo. Dando como resultado apegos inconsistentes	Modelamiento o aprendizaje social Rachman (1976) Modelo bifactorial de Mowre (1939-1960) Expectativa de incontrolabilidad, Seligman (1975)	Distal: 12 años: Víctima de Cyberbullying. Eliminación del equipo de voleibol a sus (14 años) No admisión en su primera opción universitaria (17 años)	<i>-Déficit en habilidades Sociales:</i> -> Defender los propios derechos ->Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo <i>-Déficit en la resolución de problemas:</i> ->Evitación del problema ->Dificultad en la toma de decisiones
P2. RESPUESTA DE ANSIEDAD		Estilo Atribucional (interno, estable y global), Abramson (1978)	Aborto Voluntario. Tardanza en la vinculación al mundo laboral	<i>-Compulsiones:</i> revisar el closet, revisar la basura; como mentales: revisar los sucesos mentalmente, una y otra vez
P3. ALTERACIÓN DEL ESTADO DE	Familiar: alcoholismo del padre antes del nacimiento de KH y los 20 años de la paciente, descubre la adicción a los analgésicos que tiene su progenitor;	indefensión aprendida, Martin Seligman (1975)	Uno de los médicos tratantes del padre, emite el diagnóstico de demencia. Fallecimiento del padre	<i>-Reactivación de esquemas:</i> Fracaso(valor de sí misma); Sometimiento (autonomía); Falta de Confianza (conexión); Carencias Emocionales (conexión);

ANIMO, DE TIPO DEPRESOGENIC O	Madre depresiva, se debe decir que es crítica, autoritaria y perfeccionista	Autoconcepto y Ajuste social, Shavelson et al. (1976)	Proximal: En Brasil, ausencia de estabilidad laboral.	Vergüenza(valor de sí misma); Culpa(valor de sí mismo); Abandono (conexión); Aislamiento Social/Alienación (conexión);
		Aprendizaje Cognitivo	El 10 de noviembre del 2016, Trump queda como presidente de los estados Unidos.	Aceptación Social (valor de sí misma); Dependencia (autonomía); Incapacidad de Ser Amado (valor de sí misma);
		Frustración Tóxica de Necesidades, Young (2013)	2017: se muda con L. para la ciudad de Barranquilla por una oferta laboral para KH. L. no encuentra trabajo. Ante esta situación, KH, reporta culpa.	Vulnerabilidad Al Daño (autonomía); Miedo a Perder el Control (autonomía).
		Aprendizaje vicario o por observación, Bandura (1973)		-Visión Catastrófica -Desesperanza

Fuente: Elaboración Propia

8.3. Conceptualización Cognitiva

En la conceptualización cognitiva de KH, se expondrán datos personales relevantes, el motivo de consulta, el diagnóstico emitido y los problemas identificados, sucesos importantes en su infancia, el esquema nuclear, creencias intermedias (actitudes, reglas, suposiciones), estrategias de afrontamiento y registros de pensamientos.

Las creencias centrales o esquemas nucleares se conciben como las ideas más dominantes sobre uno mismo. Beck (1964) sostiene que los esquemas son estructuras propias de la mente, mientras que las creencias centrales son el contenido específico de éstas. Este autor propone una clasificación de las mismas, en dos categorías negativas, estas son: las relacionadas con el desamparo y las que están orientadas a la imposibilidad de ser amado, ya que este tipo de creencias se desarrollan durante la infancia, mientras el niño o la niña entra en contacto con las personas significativas y se ve envuelto en diversas situaciones (Beck J. S., 2008). En el caso de KH, la verdad que la paciente sostenía acerca de ella misma era Inamabilidad, constituida por privación emocional y abandono. Young (2003), define al esquema de privación emocional como la:

“expectativa de que el propio deseo de conexión emocional no será debidamente satisfecho. Identificado de tres formas: (1) privación de *cuidados* (la ausencia de afecto o atención); (2) privación de *empatía* (la ausencia de escucha o comprensión) y (3) privación de *protección* (la ausencia de determinación o pautas por parte de los demás) (Young, Klosko, & Weishaar, 2013, pág. 45).

Por otro lado, este mismo autor conceptualiza al abandono como: “la inestabilidad percibida de la propia conexión con otras personas significativas... las personas solo están presentes erráticamente, morirán o abandonarán al paciente por alguien mejor” (Young, Klosko, & Weishaar, 2013, pág. 45).

Las creencias intermedias se clasifican en valoraciones, suposiciones y reglas, y consisten en ideas que están presentes en un nivel más profundo en comparación con los PA. Estas creencias se vinculan unas a otras. Así es como podemos hacer una valoración exagerada (“Que porquería”) y al mismo tiempo, estamos formulando suposiciones o hipótesis para combatirla (“Si hago esto entonces se verá mejor”). También, de forma simultánea la respuesta conductual se encuentra guiada por reglas (“Debo hacer, debo ser”). Dentro de las valoraciones o evaluaciones que una persona puede realizar, están: (1) El catastrofismo o tremendismo; (2) Las necesidades; (3) Las expectativas de auto-eficacia. En el caso, se pueden identificar con claridad la (1) y (3), debido a que KH generalmente espera que suceda lo peor con su relación y sus proyectos. Con relación a la (3), la paciente da a conocer por medio de su discurso que sus expectativas con respecto a su auto-eficacia percibida son negativas, ya que se presentaron como lugares comunes, las verbalizaciones como: “*no podré superar la muerte de mi padre*” “*no podré seguir con mi vida*” “*no puedo hacer todo lo que debo hacer*”. En las valoraciones o actitudes de KH se encuentran: “*Es terrible, no tener con quien compartir tus metas*”; “*Romper con los compromisos, es inaceptable*”; “*Es terrible, quedarse sola*”. Por otro lado, los supuestos o suposiciones pueden ser tanto positivos como negativos. Lo anterior se puede ejemplificar con KH de esta manera: *Si complazco a los demás, entonces no me quedaré sola (positiva); Si me traicionan, entonces no soy suficiente*

(negativa); *Si los demás me traicionan, entonces no me quieren (negativa)*. Para finalizar, están las reglas que son deberes o normas que la paciente se auto-impone, como debo o tengo que, o en forma de exigencia a los otros, que con lleva una consecuencia negativa si no lo cumplen. Por ejemplo: KH tenía como regla: *“las personas deben comprometerse conmigo para sentirme amada”*; *“Debo confiar en los demás, para no perderlos”*.

Los estilos y respuestas de afrontamiento se encuentran definidos por Young & Klosko (2007) como la manera de enfrentar las necesidades básicas, los conflictos y los acontecimientos estresantes, que refuerzan y mantienen a los esquemas maladaptativos tempranos (EMT), que inician de forma temprana con la finalidad de posibilitar la adaptación frente a las estructuras cognitivas. Los tres tipos de afrontamiento disfuncionales hacen alusión a las tres respuestas básicas ante un estímulo que se considere peligroso, esto son: lucha, huida y petrificación. Es así como, la lucha es igual a la sobrecompensación, huida se equipara a la evitación y la petrificación hace referencia a la rendición. (Citado en López Pell, y otros, 2003). A continuación, se conceptualizará cada uno de ellos:

- ❖ Sobre-compensación: se incluye todo los comportamientos, los pensamientos y las emociones con los que la persona intenta superar el esquema. Generalmente, se pueden observar mediante conductas totalmente opuestas a la información referida en el esquema.
- ❖ Evitación: comprende las estrategias cognitivas, emocionales o conductuales que son utilizadas por el/la paciente con el objetivo de eludir los pensamientos o los eventos que conlleven a la activación del esquema y a la experimentación intensa de la emoción que lo acompaña. En KH, se pueden ejemplificar por medio de las compulsiones.

- ❖ Rendición: está orientada a la aceptación plena y al cumplimiento o confirmación de la información contenida en la estructura cognitiva. Las personas con este estilo de afrontamiento, entonces buscarían relaciones que reiterarán las situaciones que originaron el esquema o responderían con excesiva intensidad emocional ante los disparadores del mismo. Un ejemplo de lo anterior en el caso es el establecimiento de vínculos con personas inestables/ críticas, por una parte y por la otra, el aislamiento familiar-social

Los pensamientos automáticos (PA) son aquellos que distorsionan la realidad, se caracterizan por perturbar las emociones e interferir/ impactar de forma negativa, la capacidad del/ de la paciente para alcanzar sus metas personales. Éstos pueden presentarse por medio de imágenes, en forma verbal o en ambas maneras. También, son breves y el/la paciente suele identificar fácilmente la emoción que vivencia como consecuencia del PA que éste en sí mismo. En KH evidenciar los siguientes: *"no puedo confiar en nadie, en especial los hombres, boba, loca"* *"no voy a conseguir decirle a los otros lo que pasó, me van a ver como un fracaso, una boba o una engañada"* *"alguien está en la casa"* *"Todo lo que mi novio dice que siente por mí es puro cuento"* *"Todo lo que está pasando en mi relación es mi culpa, el dejó su trabajo, su vida y su familia por mí"*

El diagrama que se presentará debajo, ilustra la relación entre creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Tabla 16 *Conceptualización Cognitiva*

ID. Paciente	KH	Estado Civil	Unión Libre
Edad	29 años	Nacionalidad	Estadounidense
Ocupación	Docente	Fecha de Nacimiento	18 Septiembre 1989
Motivo de Consulta: “Tengo problemas de ansiedad, me preocupo, me estreso, me pongo triste. Me da dolor de estómago, me pongo a pensar en el futuro que tengo con mi pareja... él no está trabajando y está estresado”.			
Problemas Identificados: P1. Problemas en la Relación de Pareja P2. Respuestas de Ansiedad P3. Alteración del Estado de Animo, de Tipo Depresogenico.			
Diagnóstico según DSM-V: (F42.8)Trastorno Obsesivo- Compulsivo [300.3] Con poca introspección (F34.1)Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)[296.55] Con ansiedad Inicio Tardío Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual Moderado			
Datos Relevantes en la Infancia <i>0-5 años:</i> ⊗ Nació y vivió en Wisconsin hasta los 5 años ⊗ Vínculo distante con la madre; Vínculo cerca con el padre. <i>6-10 años:</i> ⊗ Se muda con su familia para Minnesota ⊗ Pérdida de los vínculos con los amigos de la infancia ⊗ Se vincula a equipos deportivos por petición del padre ⊗ Fácil adaptación a la nueva ciudad. Facilidad para relacionarse con sus pares <i>11- 15 años:</i> ⊗ Víctima de cyberbullying, generándole pérdida de interés y descuido en el aseo personal ⊗ Eliminada del equipo de voleibol, produciéndole sensación de fracaso <i>16-19 años:</i> ⊗ No pasó para su primera opción universitaria, considerándolo como otro fracaso en su vida ⊗ La diagnosticaron con trastorno de la conducta alimentaria. <i>20-23 años:</i> ⊗ Queda embarazada y decide abortar, atribuyéndole a este evento un significado de fracaso ⊗ Los conflictos con la madre se incrementan. ⊗ Ataque de pánico causado por una expresión del padre: “tú asesinaste a su nieto” (refiriéndose a la madre) <i>24 años:</i> ⊗ Fallecimiento del padre <i>26-28 años:</i> ⊗ Reside en Brasil, conoce a L. ⊗ Trump es elegido como presidente de los EEUU, situación que genera más conflictos con la madre ⊗ KH y L se mudan para Barranquilla ⊗ El restaurante de L quiebra, dando inicio al motivo de consulta de la paciente.			
Esquema Nuclear			
<u>Inamabilidad (Privación Emocional-Abandono)</u>			
Creencias Intermedias			

Valoraciones	“Es terrible, no tener con quien compartir tus metas”; “Romper con los compromisos, es inaceptable”; “Es terrible, quedarse sola”		
Suposiciones	“Si complazco a los demás, entonces no me quedaré sola”; “Si me traicionan, entonces no soy suficiente”; “Si los demás me traicionan, entonces no me quieren”		
Reglas	“las personas deben comprometerse conmigo para sentirme amada”; “Debo confiar en los demás, para no perderlos”; “Debo entregarme por completo a mi pareja, para que no me deje” “debo complacer en todo a mi novio para no pelear con él.”		
Estrategias de Afrontamiento			
Estrategias de Evitación	Compulsiones		
Estrategia de Mantenimiento	Establecimiento de vínculos con personas inestables/críticas; aislamiento familiar-social.		
Situación 1	Situación 2	Situación 3	Situación 4
Le dije a L. lo que me dijo mi amigo: “que me había sido infiel”	L. No me responde los mensajes. Cuando está enojado y no sé por qué, cuando veo cambios en la casa (Basura afuera, muchas latas de cerveza, sabana desordenada)	Ve noticias sobre la situación migratoria en Estados Unidos	Pensar en la posible infidelidad de L. El Fin de la relación.
Pensamiento Automático	Pensamiento Automático	Pensamiento Automático	Pensamiento Automático
"no puedo confiar en nadie, en especial los hombres, boba, loca" "no voy a conseguir decirle a los otros lo que pasó, me van a ver como un fracaso, una boba o una engañada"	“alguien está en la casa” Recordar lo que pasó (revisar lo que pasó)	“Es injusto, eso va a pasar con mi novio, tendremos que esperar para hacer las vueltas de la visa“ “me la van a negar y si lo aceptan, lo van a deportar o meter a la cárcel”	“Todo lo que mi novio dice que siente por mí es puro cuento” “Todo lo que está pasando en mi relación es mi culpa, el dejó su trabajo, su vida y su familia por mi”
Significado	Significado	Significado	Significado
Inamabilidad-Desconfianza	Desconfianza	Catastrófico- Trágico	Inamabilidad-Desconfianza
Respuestas	Respuestas	Respuestas	Respuestas
Afectiva-Emocional: Miedo (20%) Rabia (50%) Tristeza (30%)	Afectiva-Emocional: Miedo (70%) Rabia (30%)	Afectiva/Emocional Miedo (60%) Rabia (20%) Tristeza (20%)	Afectiva/Emocional: Tristeza (100%)
Motora/	Motora/Comportamental:	Motora/Comportamental apaga el televisor	Motora/Comportamental: Llanto

Comportamental: Llanto- agresiones verbales	Revisar el closet, la basura, Ver series o leer.	Psicofisiológica: Respiración acelerada, Taquicardia.	Psicofisiológica: Falta de apetito- insomnio.
Psicofisiológica: nausea, dolor de cabeza, dolor de estómago	Psicofisiológica: Aumento de la tasa cardiaca, taquipnea (sensación de ahogo), agitación motora		
Consecuencias	Consecuencias	Consecuencias	Consecuencias
L. Niega la infidelidad y se enoja. Evitan realizar actividades juntos o/y compartir espacios. (1 semana)	"mi novio no me quiere y no quiere estar conmigo, prefiere estar con otra persona. ¿Por qué se queda conmigo?"	"mi familia no va a entender porque no ha ido a conocerlo, no van a aceptarlo" "no vamos a poder ir por mucho tiempo a los Estados Unidos" "mi relación está en peligro"	"Ya es demasiado tarde para tratar de separarnos" "Mi novio no me quiere y no quiere estar conmigo, prefiere estar con otra persona, ¿Por qué se queda conmigo?"
<i>Refuerzo negativo (R-)</i> "no pasó nada o pasó algo y está pasando, no puedo parar de pensar que algo pasó... no confió en él ni en mi amigo, no sé qué hacer ni que es cierto... ¿mi amigo estará interesado en mí?, no consigo creer que él lo hizo, pero no confío. No consigo perderlo, Ya tenía sospecha, pero creí que era celosa"	"Ya no quiero pelear más. Estoy cansada"	Se incrementa la desesperanza	Incremento de los problemas en la relación de pareja
Fuente: Elaboración Propia			

Desde el comienzo de su vida, KH mantuvo con su madre una relación distante. La cuidadora se caracterizaba por ser perfeccionista, exigente y crítica con la paciente. Mientras que con su padre sostuvo un vínculo cercano, donde la principal característica era que KH demostraba una actitud complaciente frente a sus demandas, fue así como ingresó a los equipos deportivos en los contextos educativos. Su progenitor se convirtió en su modelo y el mayor motivo para elegir su carrera de docente y priorizar su área académica y laboral sobre las demás.

Exponiéndose de esta manera, a una inconsistencia en los estilos parentales. Cabe resaltar entonces que desde su infancia temprana sus necesidades afectivas se vieron frustradas, reforzando positivamente la constitución de los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) de Inamabilidad, privación emocional y abandono, explicando las respuestas cognitivas y conductuales que le generan malestar en la actualidad. De la misma manera, se desarrolla una fuerte dependencia hacia los otros (personas del sexo opuesto) y se favorece la conformación y la utilización de estrategias de afrontamiento identificadas en el caso. Lo mencionado anteriormente se relaciona de forma íntima con el miedo al abandono, observándose en el temor que experimenta frente a la pérdida de relaciones afectivas por la creencia de no ser suficiente y que sea reemplazada por otras personas. Además, sustenta que en su vida no han satisfecho sus necesidades emocionales, tendiendo a mantener conductas orientadas a agradarle y a cumplir las demandas de la pareja actual. Demostrándose, el esquema de privación emocional, presentada en dos (2) de sus formas: privación de afecto formada por la ausencia de afecto o atención y privación de empatía construida por la ausencia de escucha o comprensión (Young, Klosko, & Weishaar, 2013)

Presenta una tendencia a resistirse ante el proceso de duelo, ya que se cree incapaz de vivir sin la otra persona. Dentro de sus estrategias se encuentra el establecimiento de relaciones fugaces y sin compromiso que le proporcionen compañía, generación de actividades agradables y obtención de satisfacción sexual, viéndose envuelta en posibles abandonos nuevos, confirmándose de esta manera el esquema.

Otra estrategia de afrontamiento de tipo de mantenimiento es el aislamiento social y familiar, lo que alimentaba a su vez, la alteración de ánimo de tipo depresogenico. Ésta es producida

por las respuestas de ansiedad, ya que manifiesta que al ver una chica, ella supone de forma casi inmediata, que se trata de la persona con la que le fue infiel su pareja. Además, comenta que al ver una pareja, presume que alguno de los dos implicados en el vínculo está siendo infiel. Cabe resaltar que las compulsiones que conforman el otro trastorno diagnosticado son estrategias de afrontamiento del mismo tipo, que se presentan ante la obsesión o pensamiento recurrente de: “alguien está en mi casa” “me está engañando”.

El estado de vulnerabilidad de KH, se configuró teniendo en cuenta los distintos tipos de factores de desarrollo, lo cuales se catalogan como: (1) predisponente: biológicos (temperamento neurótico), psicológico (inconsistencia en los estilos parentales); familiar (alcoholismo del padre; depresión en la madre, persona perfeccionista, crítica y exigente); (2) adquisitivos: indefensión aprendida; condicionamiento, modelado y transmisión de la información; frustración tóxica de necesidades; auto concepto y ajuste social; aprendizaje cognitivo y teoría bifactorial; (3) desencadenantes, distal (p. ej. Eliminación del equipo de voleibol, cyberbullying, fallecimiento del padre), proximal (p. ej. Pérdida del negocio, ausencia de fuente de ingreso para L.), manifestándose en la sintomatología afectiva (depresión), emocional (ansiedad) y aportando a la configuración del esquema de Inamabilidad, sustentado por medio del esquema de abandono y privación emocional, el cual se asocia con las configuración de las características de la personalidad de dependencia. Por otro lado, dentro del perfil cognitivo están presentes las siguientes distorsiones: deberías, falacia de cambio y falacia de control. Así mismo, las experiencias que tuvieron lugar en la pubertad y adolescencia han fortalecido su estructuración cognitiva, consolidándose como estructuras rígidas y duraderas que explica el malestar, expresado en las distintas respuestas y

quejas. Por otro lado, esta conceptualización describe y demuestra los esquemas nucleares que predisponen la instauración del trastorno de la personalidad dependiente. Lo anterior, explica la necesidad de incluir este aspecto en los puntos a prevenir.

9. DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivos y Plan de Tratamiento

Teniendo en cuenta los hallazgos y resultados obtenidos a través del proceso de evaluación, que estuvo constituido por las diferentes tipos de entrevistas (estructurada, semiestructurada, no estructurada), auto registros, auto informes, observación y pruebas psicométricas, entre las que se destaca los inventarios y las escalas, se contempla la necesidad de incluir los aspectos que conforman el componente cognitivo, emocional/afectivo, conductual, fisiológico y relacional que se presenten y se encuentran íntimamente asociados tal como se puede evidenciar en la relación molar expuesta en apartados anteriores, en los tres (3) problemas identificados: (1) Problemas en la Relación de Pareja; (2) Respuestas de Ansiedad; (3) Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico. Es así como, los objetivo para proceso terapéutico se construyeron en colaboración de KH, respondiendo de esta manera a los problemas y a las expectativas expresadas por la misma, estas fueron: “quiero menos ansiedad en mi vida” “quiero mejorar el relacionamiento con mi novio” “mi meta es trabajar el trauma de la muerte de mi papá, porque me dañó mucho... no he aceptado que falló como padre, pienso que todavía debo reparar muchas cosas” “trabajar en el trauma de mi embarazo”, disminuyendo de esta forma el malestar manifestado y observado de la consultante. Por tal motivo, se enumeran los siguientes objetivos generales del plan de intervención:

1. Optimizar la relación de pareja
2. Disminuir respuestas de ansiedad
3. Estabilizar el estado de animo

Cabe resaltar que las anteriores metas terapéuticas están basada en un enfoque cognitivo conductual, en el cual se permite el uso de técnicas orientadas a la re-estructuración y resignificación cognitiva, por una parte y por la otra, a la modificación conductual. La corriente antes mencionada goza de un prestigio en la comunidad científica, debido al nivel de efectividad que demuestra frente al abordaje clínico de los diferentes trastornos mentales y problemas que merecen atención, incluso es confiable ante la prevención de la instauración de trastornos de personalidad. Con la finalidad de argumentar lo anterior, se construirá un breve estado del arte, donde se contemplará estudios realizados en torno al tema. Miguel Ángel Fullana, Lorena Fernández de la Cruz, Antoni Bulbena y Josep Toro publicaron un artículo llamado Efficacy of Cognitive-Behavior Therapy for Mental Disorders en el 2011, cuyo objetivo era definir la TCC y sus principales contexto de aplicación, ofreciendo un revisión sistemática de su eficacia. El metaanálisis y los estudios controlados aleatorizados se ejecutaron entre enero de 2003 y Julio de 2010, incluyendo las siguientes categorías diagnosticas según el DSM-IV-TR: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria y de eliminación. Los resultados hallados del estudio con muestra de adulto demostraron que la TCC es superior al placebo farmacológico y psicológico (otras terapias). En este último se encontró una excepción, ya que hubo una discrepancia con la terapia interpersonal en relación con la depresión mayor. (Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbena, & Toro, 2011). Por otro lado, García-Pena, Carmen et al. (2015) realizaron un

ensayo controlado aleatorio no cegado orientado por el objetivo de determinar el impacto clínico y de bienestar de un grupo de intervención cognitiva-conductual proporcionado por enfermeras a pacientes ancianos mexicano, basado en la certeza de que el tratamiento de la depresión es limitado por la escasez existente en el talento humano capacitado en salud mental. Los hallazgos obtenidos no constituyen un registro diferencial inicial y significativo entre los grupos, que eran el grupo de control (GC=40 personas) y el grupo de intervención (GI=41) (García-Peña, y otros, 2015)

Con respecto a la Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo en niños y adolescentes, los autores de la Universidad de Murcia, España en el año 2012, hicieron una revisión cualitativa orientada a comprobar la extrapolabilidad de los resultados exitosos de la terapia cognitiva-conductual en este ámbito. Los resultados analizados, demuestran mejoras significativas en la sintomatología presente en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en la ansiedad y en los cuadros depresivos. (Rosa-Alcázar, Inieta-Sepúlveda, & Rosa-Alcázar, 2012). Además, autores de la Universidad de Guadalajara en el 2013 escribieron un artículo titulado: “La distimia en el contexto clínico”, como resultado del estudio, basado en su perspectiva, según estos no se puede concebir el trastorno depresivo persistente como un cuadro clínico simple, ya que su esencia se centra en un trastorno crónico que puede mantenerse toda la vida, impactando de forma negativa la calidad de vida, tanto del paciente como de las personas que constituyen sus entornos inmediatos (JiménezMaldonado, GallardoMoreno, VillaseñorCabrera, González, & Garrido, 2013). Por otra parte, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander y en el Hospital Clínico San Carlos en el año 2010 se llevó a cabo una revisión sistemática de los Efectos en

el Cerebro de los Tratamientos Psicológicos Eficaces en los Trastornos de Ansiedad, teniendo como objetivo investigar los efectos cerebrales generado por las distintos tipos de terapias en los pacientes mayores de edad diagnosticados con algún tipo de TA. El propósito de ésta se llevó a cabo por medio de la búsqueda en varias bases de datos electrónicas hasta el mes cuarto, basados en los criterios de inclusión: (a) tratamiento psicológico protocolizado en adultos; (b) con estudios de neuroimagen antes y después del tratamiento. Al finalizar la revisión, los resultados obtenidos fueron los siguientes: la mayoría se trataban sobre la TCC en fobia específica, TOC, TEPT, ansiedad social y trastorno de angustia, hallando modificaciones o cambios en los circuitos neuronales relacionados en la patofisiología de los trastornos de ansiedad, en especial a la actividad frontoestriatal en el TOC, gracias a las intervenciones psicológicas. (Vasquéz Rivera, Gómez Magariños, & González-Blanch, 2010)

Con base en lo anterior, esta etapa llamada tratamiento se encuentra necesariamente dirigida hacia la re-estructuración cognitiva y el cambio comportamental, influyendo de esta manera en los elementos de los componentes fisiológicos, sociales y laborales que aportan al malestar vivido por KH. Cabe resaltar que el gran limitante del alcance de los objetivos propuestos fue la imposibilidad de incluir a la familia y a la pareja actual en el proceso de intervención. Por lo anterior, se contempla (1) optimizar la relación de pareja, por medio de la enseñanza y el fortalecimiento de habilidades sociales y de resolución de problemas y conflictos; (2) disminuir respuestas de ansiedad, a través de técnicas como detección de pensamiento, psicoeducación-favorecimiento de la inteligencia emocional, instruyendo sobre la identificación y manejo asertivo de la rabia, el miedo y la tristeza; (3) estabilización del estado de ánimo, empleando estrategias conductuales y cognitivas, por medio de la asignación de

tareas y otras técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual. Beck et al. (1979) sostiene que:

“las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva... Por medio de ella, el terapeuta busca extender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales *a toda la semana del paciente*. Una asignación adecuada de tareas permite lograr mayores conocimientos (p.ej. mediante la biblioterapia), adquirir información (p. ej. Mediante el control de sus pensamientos, sentimientos y conductas), revisar sus pensamientos y creencias, modificar su pensamiento, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas y experimentar nuevos comportamientos. Las tareas para el hogar pueden maximizar lo que se ha aprendido en la sesión y dar al paciente una sensación de mayor autosuficiente (Beck J. S., 2008, pág. 293)”

Cabe resaltar que la re-estructuración cognitiva es transversal, es decir está presente en el manejo de los tres problemas identificados, y se encuentra orientada a la disminución de credibilidad del esquema Inamabilidad (Privación Emocional-Abandono). Así mismo, se pretende llevar a cabo un entrenamiento en relajación muscular progresiva y autocontrol, favoreciendo el pensamiento reflexivo, con el fin de fomentar su inteligencia intra e interpersonal. También y no menos importante, se instruirá a KH con relación a su diagnóstico: trastorno obsesivo-compulsivo,

con poca introspección; trastorno depresivo persistente (distimia), con ansiedad, inicio tardío

con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual, moderado; características de personalidad dependiente. Lo anterior, con el objetivo de incrementar el nivel de su cuadro clínico, aumentando también, el dominio adecuado para el manejo de contingencias. Éste término abarca el empleo de contingencias de reforzamiento y no reforzamiento con la finalidad de aumentar la frecuencia y lograr instaurar las conductas deseadas y eliminar o reducir las no deseadas. (Cursos Educación, 2016)

Cabe resaltar que el trabajo se encuentra dirigido a la prevención de la instauración de patrones de personalidad, utilizando como estrategia principal el entrenamiento en HHSS, favoreciendo el establecimiento de relaciones interpersonales funcionales, por medio del fortalecimiento de la defensa de sus derechos y la expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo, así como la resolución de problemas, por medio de la disminución del empleo de la estrategia de evitación del problema y el favorecimiento de la toma de decisiones.

A continuación se presentarán la tabla que contiene el plan de intervención diseñado teniendo en cuenta las necesidades de acuerdo a los problemas y a las quejas identificadas, al diagnóstico emitido y a las expectativas manifestadas por la paciente:

Tabla 14 *Plan de Intervención*

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS	Nº. DE SESIONES	INDICADORES CLINICOS
<i>De forma transversal, es decir a lo largo del diseño de intervención se realizará de forma oportuna psicoeducación, con respecto a:</i>					
<i>Enfoque cognitivo-conductual</i>					
<i>Diagnostico emitido (Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Depresivo Persistente (Distimia), Características de Personalidad Dependiente)</i>					
<i>Resultados y Proceso de la Evaluacion</i>					
<i>Conceptualización Cognitiva y Formulación Clínica</i>					
P1. Problemas en la relación de pareja	<i>Optimizar la relación de pareja</i>	Potencializar los estilos de comunicación asertiva	(1)Re-estructuración cognitiva de esquemas de desconfianza, aislamiento social/alienación, aceptación social, dependencia, inamabilidad (2)Psicoeducación en los estilos de comunicación, haciendo énfasis en los elementos constituyentes del asertivo y la aplicación del mismo en la relación de pareja (3) Modelamiento/ Role play basado en los conocimientos previos (4) Terapia Racional Emotiva en Parejas	1,2, 3 y 4	(1)Disminuir la credibilidad de los esquemas antes mencionados a un 30% (2 y 3) Disminuir los conflictos y los problemas de comunicación que presenta la palabra, por medio de la adquisición de conocimientos y estrategias alrededor de la habilidad o estrategia. En un 30% (4)Favorecer el desarrollo de habilidades comunicativas y de resolución de problemas a un 80% que aporten al mejoramiento en el intercambio de palabras y acciones de expresiones de afecto.
		Favorecer las habilidades sociales necesarias (<i>Defender los propios derechos; Expresar opiniones personales, incluido el</i>	Psicoeducación sobre los diferentes componentes (verbal, no verbal, paraverbales) de las habilidades sociales, haciendo énfasis en los verbales.	5,6,7, 8 y 9	(1)Incrementar el nivel de conocimiento a un 80% que KH tiene de las habilidades sociales y sus componentes

desacuerdo)para el establecimiento de relaciones interpersonales funcionales	Biblioterapia. Role play- Modelamiento Estudios de casos, situaciones de resolución de conflictos Entrenamiento en Habilidades Sociales	(2) Favorecer el aprendizaje teórico-práctico de las HHSS a un 80%, fomentando su empleo en las situaciones que lo demanden, impactando de forma positiva sus relaciones interpersonales
Reducir comportamientos relacionados con la evitación	(1)Role play y modelamiento del estilo de comunicación pasivo y permisivo. (2)Entrenamiento en solución de problemas, orientado a la disminución de la conducta evitativa ante el problema y la dificultad en la toma de decisiones (3)Entrenamiento en las habilidades sociales, haciendo énfasis en la adquisición de competencias necesarias para la lograr la defensa asertiva de los propios derechos y la expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo (4)Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional: ira, miedo y tristeza. Tec. De Autocontrol Fisiológico: Control de respiración, Relajación muscular; De Autocontrol Cognitivo: Modelamiento Encubierto, Desensibilización y Entramamiento en Inoculación de Estrés (5)Psicoeducación en el manejo de contingencias, haciendo énfasis en el papel que juega la conducta evitativa	(1)Lograr la reflexión entorno a las consecuencias que trae el estilo de comunicación pasivo y permisivo, obteniendo un cambio conductual a partir del aprendizaje cognitivo (2)Reducir o eliminar la conducta evitativa en un 30%, a través del desarrollo d estrategias de afrontamiento funcional; Analizar los pro y los contras de continuar con una relación de pareja tóxica, favoreciendo de esta manera la toma de decisiones (3)Favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales duraderas y funcionales, donde la paciente logré defender sus derechos y expresar sus opiniones, incluyendo el desacuerdo. (4) lograr el autocontrol de las emociones que interfieren o afectan el adecuado

10,11, 12 y 13

P2.Respuestas de Ansiedad	Disminuir respuestas de ansiedad		en el mantenimiento de los problemas identificados		desarrollo de la relaciones o el empleo de las habilidades sociales a un 80%
					(5) Aumentar el nivel de comprensión a un 80% del analisis conductual de la evitación.
		Re-estructurar creencias esquemas maladaptativos irracionales relacionadas con la fidelidad/infidelidad; el abandono; el compromiso; los deberes y los roles en la pareja; amor propio; dependencia; desamor; privación emocional	Psicoeducación sobre esquemas mal adaptivos tempranos y creencias irracionales; la vida en pareja (deberes-roles- fidelidad/infidelidad) Debate Filosofico Re-estruturación cognitiva teniendo en cuenta la validez o utilidad de los pensamientos Cuestionamiento Socrático sobre las creencias irracionales y EMTs relacionados al malestar identificado	9, 10 y 11	(1)Aumentar el nivel de conocimiento a un 80% que KH tiene de sus esquemas mal adaptativos y creencias irracionales, la experiencias tempranas que lo generaron y las situaciones actuales que lo detonan; la manera de debatirlos (2)Disminuir el nivel de credibilidad ante los esquemas a un 30%
		Favorecer la capacidad de resolución de problemas	Relajación Muscular Progresiva Detección de pensamientos automaticos que incentiven la aparición de respuestas ansiosas (“me está engañando” “me va a dejar” “le van a negar la visa”) Instauración de Autoverbalizaciones positivas que incrementen la relajación y una adecuada respiración Psicoeducación sobre resolución de problemas y estrategias de afrontamiento funcionales	12, 13 y 14	(1)Incrementar el nivel de conocimiento (80%) que tiene KH acerca de las habilidades de resolución de problemas y las estrategias de afrontamiento (2) Aumento del empleo de las estrategias de afrontamiento en un 80%

	Generación de alternativas y toma de decisiones		
	Registro para la solución de problemas		
Instruir sobre el cuadro clínico y el afrontamiento debido (disminuyendo las compulsiones) para disminuir la ansiedad provocada ante las obsesiones o pensamientos recurrentes	<p>Psicoeducación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, y los elementos que lo constituyen</p> <p>Modelamiento y Role play</p> <p>Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y detección de pensamiento</p> <p>Debate filosófico, cuestionamiento socrático y re-estructuración cognitiva teniendo en cuenta la validez y utilidad de los pensamientos y esquemas</p> <p>Psicoeducar y Cuestionar las distorsiones cognitivas de: visión catastrófica, el perfeccionismo y la autoexigencia, la sobregeneralización, las etiquetas globales, el razonamiento emocional, lectura de pensamiento, filtraje</p>	15 y 16	<p>(1) Aumentar el nivel de comprensión a un 80% del trastorno obsesivo-compulsivo, favoreciendo la adhesión al tratamiento integral y el empleo de los recursos enseñados en la terapia para el adecuado manejo</p> <p>(2) Disminuir el nivel de credibilidad de los esquemas presentes en el cuadro clínico</p> <p>(3) Aumentar el nivel de conocimiento y comprensión a un 80% de las distorsiones cognitivas, disminuyendo la credibilidad de las mismas a un 30%</p>
Entrenamiento en Inteligencia emocional, haciendo énfasis en las emociones implicadas en este problema: rabia-miedo	<p>Psicoeducación sobre las emociones de rabia y miedo, teniendo en cuenta su definición, función, respuestas (cognitivas, fisiológicas, conductuales) representativas y su forma de expresión.</p> <p>Psicoeducación sobre autocontrol y autogestión emocional, ejercicio de autoconocimiento que ayuden a la identificación, el reconocimiento y la expresión asertiva del miedo y la ira</p>	17 y 18	<p>(1) Incrementar el nivel de conocimiento y comprensión a un 80% de la Inteligencia emocional, autogestión y autocontrol emocional</p> <p>(2) Aumentar el empleo de estrategias que demuestren inteligencia intrapersonal e interpersonal en un 80%</p>

			Película: Intensamente		
			Modelamiento- role play		
			Tecnicas de Autocontrol (ejercicios de respiración)		
		Entrenamiento en el manejo de la respuestas fisiologicas presentes en el problema identificado (miedo, ansiedad, rabia)	Entrenamiento en respiración abdominal	19 y 20	Disminución de las quejas fisiológicas presentes en las respuestas de ansiedad a un 20%
			Relajación muscular progresiva		
		Favorecer el pensamiento reflexivo y reducir la aparición de pensamientos recurrentes	Detección de pensamiento automatico Técnica de resolución de confictos		Disminución de las respuestas de ansiedad en un 20%, por medio de la potencialización del pensamiento reflexivo sobre los pensamientos automáticos y las obsesiones.
		Disminunir la responsabilidad excesiva de la paciente	Técnica de reatribución cognitiva		Ayudar a Kh a asumir su responsabilidad real frente a los conflictos dentro de la relacion de pareja.
		Debatir la visión catastrofica	Descastastrofización	21 y 22	Disminuir el nivel de credibilidad existente para la visión catastrofica y el esquema de fracaso/incompetencia
			Re-estructuración cognitiva del esquema de fracaso o incompetencia		
P3.Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogénico	Estabilizar el estado de animo	Entrenar sobre Técnicas conductuales que influyen en la estabilización del estado de animo	Dominio/agrado: listado de actividades placenteras; puntuación de las mismas de acuerdo a la habilidad mostrada en su ejecución y a la satisfacción o agrado generada por ésta.	23 y 24	Disminución de anhedonia en un 20%, por medio de la realización de actividades placenteras para KH
			Asignación de tareas graduales, con el objetivo de incrementar su nivel de autoeficacia percibida		

Instruir con respecto al manejo de las quejas cognitivas propias de este problema identificado en KH	<p>Registro y detección del pensamiento, evaluandolos de acuerdo a su validez y utilidad</p> <p>Distracción y refocalización</p> <p>Re-estructuración cognitiva (esquema de inamabilidad: privación emocional-abandono)</p>	<p>25, 26 y 27</p>	(1)Disminución de credibilidad de las creencias a un 30%
Instruir sobre el manejo adecuado de las emociones (Tristeza)	<p>Psicoeducación sobre la tristeza, haciendo énfasis en la definición, función, respuestas (cognitivas, conductuales y fisiológicas propias de esta emoción), expresión adecuada.</p> <p>Ejercicio de autoconocimiento que ayuden a la identificación, el reconocimiento y la expresión asertiva de la tristeza.</p> <p>Entrenamiento en autocontrol y autogestión de la tristeza</p>	<p>28 y 29</p>	<p>(1)Incrementar el nivel de conocimiento y comprensión a un 80% de la Inteligencia emocional, autogestión y autocontrol emocional</p> <p>(2) Aumentar el empleo de estrategias que demuestren inteligencia intrapersonal e interpersonal en un 80%</p>
Disminuir el nivel de desesperanza	<p>Psicoeducación sobre la desesperanza y sus principales modelos explicativos, tales como: la indefensión aprendida.</p> <p>Fomentar la construcción de autoesquemas basados en creencias positivas acerca de sí misma y un nivel de autoconocimiento óptimo: autoestima, autoconcepto, autoimagen y autoeficacia</p> <p>Favorecer el autoconocimiento, por medio del diseño de un mosaico del pasado y el presente de Kh, teniendo en cuenta su línea de vida.</p>	<p>30 y 31</p>	Disminuir el nivel de desesperanza en un 30%, por medio del incremento del autoconocimiento en un 80% (autoesquemas y línea de vida) y la elaboración-ejecución de un proyecto de vida

	Elaboración de proyecto de vida, por medio del diseño de metas personales a corto (1 año), mediano (2 años) y largo plazo (5 años).	
Favorecer la elaboración del proceso de duelo (fallecimiento del padre-ruptura de vínculos afectivos importantes)	<p>Psicoeducación sobre el duelo, haciendo énfasis en sus etapas. Favoreciendo, de esta manera, la identificación de KH en cada una de ellas.</p> <p>Fomentar en la paciente: (1) La aceptación de la realidad de la pérdida (2) el trabajo sobre las emociones y el dolor de la pérdida (3) adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente (4) resignificar emocionalmente al fallecido y seguir con el proyecto de vida</p> <p>Entrenar en técnicas como el uso de símbolos, el libro de recuerdos, imaginación guiada, “la silla vacía”.</p> <p>Re-estructuración cognitiva de distorsiones como: todo o nada, sobregeneralización, la abstracción selectiva y la personalización.</p> <p>Modelamiento, Role Play y Psicodramas</p> <p>Técnicas de Resolución de Problemas.</p> <p>Conversación con fotos y dirigida</p> <p>Cartas dirigidas al fallecido</p>	<p>(1) Favorecer la elaboración de duelo en KH en un 80% por el fallecimiento del padre y la pérdida de vínculos afectivos importantes, por medio del aumento en su nivel de conocimiento y comprensión con relación al duelo y a través de las herramientas cognitivas y conductuales brindadas en sesión y en casa, fomentando su empleo en las circunstancias necesarias.</p> <p>32, 33, 34, 35 y 36</p>

Exposición en imaginación y en vivo, con el propósito de aproximar a Kh a los sentimientos o situaciones que ha estado evitando, dificultando la elaboración de duelo

Técnicas de autocontrol, tales como: realización de programas de actividades placenteras o la planeación de la reintegración a las actividades de la vida diaria.

Tareas para el hogar (1) Ritual de despedida: (a)Objetos Vinculares (b)La carta continua (c)finalización (2) album familiar (3)La maquina del tiempo imaginaria (4) Impacto Positivo (5)Cosas <<Esperanza>> (6)Pasar a la acción

Comorbilidad clínica entre trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente. Una perspectiva cognitivo-conductual

130

P2. Rtas de ansiedad y P3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogénico	<i>Disminuir respuestas de ansiedad</i> <i>Estabilizar el estado de animo</i>	Interconsulta con Psiquiatria Manejar de forma interdisciplinaria las quejas fisiologicas presentes en ambos problemas, en especial en las respuestas de ansiedad Disminuir el insomino e incrementar el apetito	Psicoeducación sobre la necesidad e importancia de la interconsulta, teniendo en cuenta los medicamentos formulados con sus respectivas dosis y horarios, con el fin de favorecer la adhesión correcta al tratamiento psiquiatrico	Incrementar al 80% la adhesión y cumplimiento del tratamiento psiquiatrico.
22 y 23				

Fuente: Elaboración propia

10. Descripción Detallada de las sesiones

En este apartado se registrarán los aspectos más significativos que tuvieron lugar en las sesiones, donde se destacarán las expresiones, verbalizaciones o declaraciones tanto de la paciente KH como de la terapeuta NG. Lo anterior orientado al contacto inicial, al encuadre del proceso psicoterapéutico basado en los principios del enfoque cognitivo-conductual, a la exploración del motivo de consulta, al proceso de evaluación teniendo en cuenta las pruebas psicométricas, los distintos tipos de entrevistas, la observación y las técnicas de autoregistros y tareas empleadas, a la obtención de las quejas cognitivas, afectivas fisiológicas, conductuales, relacionales y contextuales de la consultante, al proceso que permitió la identificación de los problemas, la topografía de los blancos conductuales, el análisis funcional o ABC y el establecimiento de las relaciones entre ellos, llevando con éxito la construcción de la formación clínica y la conceptualización cognitiva, dando lugar a la emisión de un diagnóstico certero y basado en evidencia científica. También, se tendrán en cuenta alguna de las consultas donde se puedan observar las técnicas cognitivas y conductuales planteadas en el plan de intervención, con la finalidad de disminuir el malestar clínico de la paciente y su repercusión en las distintas áreas de desempeño (familiar, afectiva, financiera, social, sexual, personal, académica, laboral).

10.1. Primera Sesión

16 de septiembre del 2017: la paciente llega sola a consulta. El objetivo de la sesión fue indagar el motivo de consulta de la paciente, identificando las quejas y los problemas actuales. La paciente sostuvo una actitud colaboradora y participativa, su conducta predominante fue el llanto fácil y los movimientos estereotipados con las manos. Por otro lado, se obtuvo

información sobre su núcleo familiar primario, su familia actual, el área académica y laboral, lográndose completar el formato de historia clínica del Centro de Atención Psicológica Santa Rosa de Lima de la ciudad de Barranquilla.

Con respecto a su historia familiar, KH manifiesta que está conformada por la madre, quien tiene 63 años de edad y es contadora, por la hermana, quien tiene 31 años y tiene la misma profesión que su progenitora. Con relación a su padre, expresa que falleció, acontecimiento que se constituye como un antecedente o factor distal importante. Por otra parte, su familia actual se encuentra conformada por ella y su pareja, quien tiene 30 años y es chef, persona con la que comparte muchos intereses y gustos. Resaltando que la principal dificultad se encuentra en la comunicación y resolución de conflictos. Dentro de sus actividades de ocio o esparcimiento están: yoga, leer, ver películas y series, especialmente comedias, ir a la playa y escuchar música. En su historia laboral y/o académica, expresa que estudió literatura inglesa y realizó su maestría en docencia (licenciatura en inglés). Actualmente, labora en el centro de idiomas de la Universidad del Norte.

A continuación se presentará de forma detallada el diálogo sostenido la primera Sesión.

-Terapeuta (T): Hola ¿Cómo estás? Mi nombre es Naimara Gutierrez, y yo seré tu psicoterapeuta, quisiera comentarte que en este espacio puedes expresar con libertad tus ideas y emociones, recuerda que lo que me expreses será confidencial. Lo primero que quiero conocer es tu nombre. ¿Cuál es?

-Paciente (P): Mi nombre es KH (Seudónimo empleado para el Secreto Profesional)

- T: Bien, ahora sí coméntame ¿Cuál es tu motivo de consulta? ¿En qué puedo ayudarte? Quisiera conocer ¿cuáles son tu expectativas frente al espacio?

-P: Tengo problemas de ansiedad, me preocupo, me estreso, me pongo triste. Me da dolor de estómago, me pongo a pensar en el futuro que tengo con mi pareja... él no está trabajando y está estresado.

-T: ¿Con qué frecuencia te sientes ansiosa, en qué momentos del día, cuáles son los pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas asociadas, cuanto te dura y con qué intensidad del 1-10, siendo 1 menor y 10 el puntaje mayor?

-P: Me siento ansiosa todos los días, puedo decir que con una intensidad de 7 y creo que duro así de una a seis horas, aproximadamente. Por lo general, me siento así por el trabajo, mi familia: mi madre sobre todo y mi relacionamiento con L. Pero sobretodo con lo último y la situación de inmigración, ya que si se lo niegan sería el final, suelo pensar: *"es injusto, esto va a pasar con mi novio" "en estos momentos no podremos entrar" "debemos esperar mucho tiempo para que le den la visa"*. Lo que me provoca miedo, rabia y tristeza, haciéndome sentir con dificultad en la respiración, con mi corazón rápido, con mi cara roja, con náuseas y dolor en el estómago. También, pienso en que mi novio, me traiciona y suelo pensar así: *"una mujer está en mi casa" "está hablando con una chica" "está buscando algo en secreto u ocultando"*; lo pienso cuando: sus llamadas o mensajes no son contestados(as) o veo algún cambio en mi casa (*"basura afuera", "muchas latas de cerveza vacía", "sabana desordenada"*).

-T: Excelente, haremos la misma pregunta, con la tristeza ¿Con qué frecuencia te sientes así, en qué momentos del día, cuáles son los pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas asociadas, cuanto te dura y con qué intensidad?

-P: También, me siento triste todos los días con una intensidad de 8, más que todo me siento así cuando estoy libre o no estoy haciendo nada, porque comienzo a tener pensamientos, como: *"le fallé a mi novio, porque me lo traje para acá y lo está pasando mal" "el vino acá por mí y no ha conseguido lo que quiere acá"*, haciéndose evidente el nivel de culpabilidad de la paciente. También, se encuentra la insatisfacción *"me siento aburrida con mi trabajo y con la ciudad"*. Por esto, lloro todo el tiempo.

-T: Bien, en la actualidad ¿con quién o quiénes vives? Y ¿cómo es tu relación con los integrantes del hogar?

-P: Vivo con L., mi novio. Nuestra relación es mi conflictiva, nos cuesta arreglarnos, hablar y resolver nuestros problemas y diferencias. Siempre que peleamos, nos dejamos de hablar y eso me pone mal.

-T: ¿Con qué frecuencia se presentan esas discusiones, cuál es su intensidad y duración, y qué sueles pensar cuando estás ante ellas?

-P: Presento conflictos con L por lo menos una vez por semana, es que en casa con mi novio, no consigo comunicarme con él, discutimos por los deberes de la casa o cuando planeamos algo y no sale 100% perfecto, suelo pensar que él no sabe manejar sus emociones por eso discutimos tanto. Luego de esto, la duramos 30 minutos a dos días, sin hablarnos ni realizamos actividades juntos o compartir espacios, dependiendo de la intensidad de la misma. Ante esto pienso: *"siempre va a ser así, así va a ser con nuestros hijos" "yo debo confiar en el" "ya es demasiado tarde para tratar de separarnos" "la soledad es triste y deprimida que no tenga a mi mejor amigo, a mi novio al lado y no tener un futuro con el"*

-T: Bien, ahora coméntame sobre tu familia de origen.

-P: Mi familia está conformada por mi madre, quien tiene 64 años y es contadora, y por mi hermana mayor de 33 años. Ellas dos viven en los Estados Unidos. Mi padre falleció de cáncer en el 2013. Cuando era pequeña, mi relación más cercana era con mi padre, ya que se dedicaba a la docencia y sus tiempos libres coincidían, mientras que con mi madre, la relación era distante debido a que estaba estudiando la maestría; mi padre y yo éramos los mejores amigos y compartíamos muchos intereses y actividades. Mi madre tiene ideas del mundo, las personas, los homosexuales, el aborto, los derechos de las mujeres, son muy conservadoras. Nunca podemos hablar porque siempre terminamos discutiendo; con mi hermana, tengo buena comunicación y una relación fuerte.

T: ¿qué me puedes decir de tu área laboral y académica?

P: Estudié literatura inglesa e hice una maestría en Licenciatura en Inglés. Trabajo en la Universidad del Norte como docente en el centro de idiomas.

T: Bueno KH, nuestra sesión de hoy ha terminado, me gustaría que para la próxima escribieras tu autobiografía e incluyeras elementos de tu pasado y presente de todas las áreas de la vida o de desempeño.

10.2. Segunda Sesión

30 de septiembre del 2017: La paciente llega sola a consulta. El objetivo de la sesión fue valorar/ evaluar el área afectivo/emocional de la consultante, a través del inventario de Beck y el BAI. Por medio de estos instrumentos se pudo identificar los siguientes síntomas: culpabilidad, llanto, irritabilidad, dificultades para la toma de decisiones, insomnio, disminución en el apetito sexual, por una parte y por la otra, incapacidad para relajarse y

miedo a que ocurra lo peor. Por otra parte, se realizó psicoeducación sobre el modelo cognitivo/conductual, explicándole la relación directa que existe entre pensamiento, emoción y conducta. También, se tuvieron en cuenta los diez principios de este enfoque, algunos de estos, son: es educativa, está centrada en el presente, es limitada en el tiempo y estructurada, se basa en la formulación clínica de los problemas identificados. Por otro lado, como tarea, se asignó el registro diario de pensamiento, no sin antes, exponerle el objetivo y su forma de diligenciamiento, haciendo un par de ejercicios o ejemplos en la sesión, con la finalidad de clarificar dudas y comprobar el nivel de comprensión por parte de KH. A continuación se transcribirá un fragmento de esta consulta.

...

Terapeuta (T): en la primera sesión te mencioné que soy del enfoque psicológico cognitivo conductual, déjame socializarte sus principales supuestos. Esta corriente se basa y argumenta la tesis de que nuestras emociones y conductas son originadas por nuestros pensamientos. Para ilustrar lo anterior, te voy a exponer la siguiente situación: (a) una mujer se encuentra con el chico que le gusta, pero éste la ve y sigue de largo. Ella enseguida piensa, que habré hecho, ¿por qué está enojado conmigo?, provocando en ésta, miedo, lo que la lleva a salir corriendo. (b) la misma joven se encuentra con el mismo hombre, en el mismo acontecimiento, pero esta vez, piensa debe estar ocupado, generando en ella, tranquilidad y de esta manera, continua de forma funcional su día. Viste la diferencia, ¿te parece familiar?

Paciente (P): Claro que sí.

T: te parece si hacemos un ejercicio que se llama registro de pensamiento. Vamos a tomar uno de los problemas que identificamos en tu motivo de consulta, este será las respuestas de ansiedad, ¿qué situaciones te lo genera y qué piensas ante ellas?, este ejercicio es importante que lo realicemos juntas, ya que por medio de él, puedes evidenciar la relación entre tus pensamientos y tus emociones.

P: Bueno, cuando prendo el televisor y veo noticias con relación a la situación migratoria de Estados Unidos. Pienso, es injusto, esto va a pasar con L. Lo que me

genera miedo y tristeza, siento que me ahogo, no puedo respirar, mi corazón se quiere salir y me da dolor de cabeza, y en ciertas ocasiones, náuseas.

T: Muy bien K, cada vez que te sientas triste, ansiosa o tengas problemas con L., haces este ejercicio y lo analizamos juntas en el próximo encuentro.

10.3. Tercera Sesión

28 de octubre del 2017: cabe resaltar que la consultante no asistió a la sesión anterior por motivos de fenómenos naturales (lluvia). A esta consulta, la paciente llega sola. Se inicia la sesión con la revisión del registro diario de pensamiento estipulado en la última consulta efectiva. Dentro de las respuestas cognitivas identificadas se encuentran: *“No consigo estar solita” “no sé en quién puedo confiar” “ya es demasiado tarde para tratar de separarnos” “si termino, van a verme como un fracaso, boba o engañada”*.

10.4. Cuarta Sesión

4 de noviembre del 2017: La paciente llega a consulta. Se inicia la sesión con la revisión de los registros diarios de pensamiento: en estos se identificó la aprehensión que la paciente realiza con relación al futuro de su relación afectiva. Esta preocupación, la paciente comenta que se da casi todos los días en torno a temas familiares, de pareja y laborales, como tarea se asignó realizar una autobiografía. A continuación se escribirá un fragmento de la sesión.

-T: Buenas Tardes KH, iniciaremos el día de hoy con la revisión de la tarea, es decir del registro diario de pensamiento.

-P: Bueno me di cuenta que hay otra cosa que me produce ansiedad y es darme cuenta de algún cambio en mi casa, p. ej. Sabanas desordenadas u ordenadas, basura por fuera, lata de cerveza en el comedor. Esto me hace pensar que L. me está engañando, que soy una idiota y que me utilizó. Lo que me genera tristeza y rabia.

-T: Haremos algo y debo enseñarte a valor estos pensamientos automáticos. Debes saber que los PA son telegráficos, no son racionalizados, las personas lo consideran como una verdad absoluta y genera fuertes emociones. Por esta razón, debes examinarlos teniendo en cuenta dos aspectos: la utilidad y la veracidad, formula preguntas teniendo en cuenta lo anterior. ¿Es verdad este pensamiento o si es verdad, es útil que piense de esta manera?

10.5. Quinta Sesión

11 de noviembre del 2017: La paciente llega sola a consulta. Se inicia esta sesión con la revisión de la tarea consignada en la última consulta, esta es la autobiografía, donde se destacan los siguientes elementos:..., también, se estableció como objetivo evaluar la historia de los problemas identificados, por medio de la entrevista y la técnica “línea del tiempo”. En esta sesión, la paciente se observa colaboradora y participativa. Con relación a lo anterior, las verbalizaciones más relevantes fueron: *“siento que me faltaron muchas cosas por reparar con mi papá” “después del embarazo, paré de procesar las cosas, dejé de escribir los acontecimiento, de sentir y expresar emociones”*

-T: Hoy iniciaremos la sesión, revisando la tarea que recibí por correo. Qué te parece si las vas leyendo y nos detenemos en algunas partes, que necesitemos clarificar o ampliar, por medio de preguntas

-P: Me parece bien

-T: Comencemos

-P:... En esta época, mi papá tenía muchas cirugías en sus rodillos y su espalda. Después de las cirugías, nunca estaba lo mismo que antes. Pasó ocasiones en que parecía borracho y no sabía lo que estaba pasando. Iba a muchos doctores y especialistas, algún nos dijo que tenía demencia y me quedaba con mucho miedo de perder mi papá. Después rechazaron este diagnóstico. También yo tenía de cuidarle mucho. No podía trabajar más y mis padres me dijeron que ha reformado. En fin, como adulto, descubrí lo que pasó era que mi papá se quedó adicto a los analgésicos. Nadie no diría esto en la época que estaba pasando y no sé si hoy mi mamá admitiría esto. También se perdió su

trabajo y no era que no podía trabajar más. Durante esta época mi papa se deprimió mucho pero aun estábamos grandes amigos y pasamos mucho tiempo juntos.

-T: ¿a qué te refieres con nunca esta lo mismo que antes?

-P: siempre estaba enojado o nos decía cosas hirientes a mí y a mi hermana, cosas como por ustedes perdí mi vida

...

-P:... La última cosa que me hizo era cerca del día de las madres. Me preguntó que iba a hacer para mi mama y yo no sabía, no había planeado mucho. Él me dijo que este día es muy difícil para ella y yo pregunte porque. Él me dijo que es difícil por yo había matado su nieto. Me pase por un ataque de pánico y nunca resolvimos esta pelea. No hablaba con el mucho por el tiempo que pase en su casa. Pasaba mucho tiempo en la casa de mi hermana y dos meses después salí del país para el cuerpo de paz

-T: Dices tuviste un ataque de pánico, ¿puedes mencionar los síntomas o describir lo que sentías?

-P: En ese momento, sentí que el corazón me empezó a latir muy rápido, me faltaba el aire hasta el punto de pensar que me iba ahogar, sudaba, tenía nausea y una opresión en el pecho.

-T: ¿De pronto te sentiste como si estuvieras en otra realidad y en otro cuerpo, o como si te estuvieras viendo a ti misma?

-P: Sí, exactamente así me sentía

...

10.6. Sexta Sesión

18 de noviembre del 2017: La paciente llega sola a consulta. En esta sesión se inicia con la valoración del estado de ánimo, reportando lo siguiente: *“cuando estoy desocupada me pongo a pensar que le fallé a mi novio, porque me lo traje para acá y lo está pasando mal” “me siento aburrida con mi trabajo, no consigo comenzar nada” “trato de dormir y no consigo, comienzo a pensar en ya no me quiere” “no me gusta Barranquilla, no hay planes que me interesen hacer”*. Por lo anterior, se asignó como tarea: traer un listado de planes o lugares de

la ciudad donde reside, que estén acorde con sus intereses. A continuación, se escribirá una parte relevante de la sesión.

...

P: No me gusta Barranquilla, las personas solo están pendiente de tomar, fumar y bailar. Estoy aburrida.

T: KH, vamos a hacer un listado de actividades y lugares que puedas visitar en Barranquilla y sus alrededores, estas deben estar acorde con tus gustos, intereses y preferencias. P. ej. ¿Qué te gustaría encontrar?

P: un bar de Rock

T: busquemos entonces. Esta técnica es un estilo de dominio y agrado que te permite emitir comportamientos que te generen reforzadores para estabilizar tu estado de ánimo, pero además, está orientado a favorecer la adaptación. Vamos a crear planes para ir enumerando las posibles actividades que podamos realizar en Vacaciones

10.7. Séptima Sesión

25 de noviembre 2017: La paciente llega a consulta. En la valoración del estado de ánimo reporta que ha estado triste, ya que su pareja se fue del país por una oferta laboral. Al respecto presenta las siguientes verbalizaciones: *“yo no sé lo que soy, si no estoy con él” “estar sin él significa que no tengo metas o estar sin sentido para hacer lo que estoy haciendo” “si no estoy con L., por qué estoy en América del Sur” “tengo tanto miedo de perderlo”*. Debido al malestar evidenciado, la sesión estuvo orientada a realizar una intervención en crisis, cambiándose de esta manera, los objetivos planteados para la misma.

-T: Buenos días...¿Cómo has estado, cómo te has sentido en estas semana?

-P: estoy muy triste L. se fue de Colombia, por otra oferta laboral en Argentina. Tengo tanto miedo de perderlo. Ya me he comprometido con él y ya es tarde para separarnos.

-T: ¿qué significa para ti un compromiso?

-P: Algo que no se puede romper... sin él, no tengo planes, no soy útil. De solo pensar que me puede dejar, siento que no puedo respirar, no me puedo concentrar en el trabajo (se observa, con movimiento de manos y piernas, llanto fácil)

-T: Te puedo observar muy ansiosa, quiero hacer contigo un ejercicio de respiración, con el propósito de disminuir estas respuestas fisiológicas, pero necesito que te pongas cómoda y cierres los ojos

...

10.8. Octava Sesión

30 de noviembre del 2017: La paciente llega sola a consulta. El objetivo de la sesión estuvo orientado a favorecer la toma de decisiones en KH con respecto a su relación de pareja, ya que en múltiples ocasiones ha expresado: *“No sé qué hacer”*. Para lo anterior, se planteó el siguiente ejercicio:

- (a) identificar a corto y largo plazo, los pros y contras de continuar la relación
- (b) reconocer los mismos elementos, en caso de la ruptura.

Por otro lado, se solicitó enumerar los motivos para continuar o terminar el vínculo. Las verbalizaciones significativas fueron: PRO: *“Si termino a corto plazo, estaré menos complicada, más libertad en mi mente, sin tantas preocupaciones sobre el futuro y cosas malas”* CONTRA: *“Si continuo, me quedaré ansiosa, ¿Qué está haciendo? ¿Con quién está? Porque no confío”*. Para finalizar se realizó la revisión del listado de planes o lugares de la ciudad donde reside, que estén acorde con sus intereses, asignado en la sexta sesión.

10.9. Novena Sesión

9 de diciembre 2017: La paciente llega sola a consulta. Inicialmente, se realizó la valoración del estado de ánimo, manifestando estar tranquila y feliz en su nueva casa. Con respecto a su

relación expresa: *“es toda una montaña rusa”*. El objetivo de la sesión fue realizar el cierre del proceso, socializándole a la paciente los problemas identificados, la relación entre los mismos, las herramientas de evaluación empleadas y los alcances obtenidos en el proceso. Al respecto, la paciente comentar estar de acuerdo con la información recibida y agrega: *“antes pensaba que si mi novio me dejaba, no tenía razones para vivir. Ahora, no pienso así”*.

También, se reconoció su compromiso y participación activa durante el proceso. Por otro lado, se brindó recomendaciones para la vacaciones, tales como: realizar ejercicios de respiración, tal y como se practicó en consulta; debatir los pensamientos automáticos de acuerdo a su validez o utilidad, de la misma forma como se realizó en sesión; leer sobre inteligencia emocional y ver la película intensamente para mayor ilustración; tener en cuenta los lugares y planes encontrados en la ciudad de Barranquilla para realizarlos en el tiempo de receso y de esta manera, se apoya y fomenta su adaptación al contexto sociocultural.

10.10. Décima Sesión

27 de enero del 2018: la paciente llega a consulta sola y antes de la hora estipulada para la sesión. El objetivo de la misma fue evaluar el estado actual de los problemas identificados, por medio de la entrevista clínica. Al respecto, la paciente manifiesta: *“me di cuenta que los pensamiento de que mi novio me está traicionando son más frecuentes e intensos, en mis días pre-menstruales y menstruales” “también, pienso que mundo está en contra de mí o las personas lo están”*. Por otro lado, se valoraron los pensamientos relacionados con el fallecimiento del padre: *“me siento culpable no saber y no haber hecho nada para ayudarlo” “después de la muerte de mi papá, quedé sobreviviendo”*. Teniendo en cuenta que el padre

murió en el 2013. Se asignó como tarea a la paciente, indagar las etapas del duelo e identificar en qué etapa se encuentra.

-T: Buenos Días, recuerdas los problemas que identificamos el año pasado, estos son:

1. Problemas en la relación de pareja
2. Respuestas ansiosas
3. Alteración del estado de ánimo, de tipo depresogenico

Cuéntame cómo te sientes al respecto

-P: Me he dado cuenta que los pensamientos son más intensos, frecuentes y no los puedo contralar cuando estoy menstruando. Después de que me dijo mi amigo que L. me había sido infiel, no puedo ver un cambio en la casa porque pienso que está traicionándome

-T: ¿Cuándo dices cambios a qué te refieres?

-P: cuando veo botellas de cerveza, la basura afuera, la cama ordenada...enseguida pienso que alguien estuvo en la casa, y empiezo a buscar alguna evidencia en el closet o en la basura, mirar series o recordar una y otra vez lo que pasó, para revisar lo sucedido

-T: ante esto ¿qué sueles pensar, qué emoción sientes y cuál es tu respuesta fisiológica?

-P: Pienso que me está traicionando, que es el fin de mi relacionamiento, que me está usándome (para mi casa, mi comida), soy una boba. Eso me da rabia y miedo, siento la “cabeza ligera”, se me acelera el corazón y tengo la sensación de estar a punto de desmayarme.

...

-P: Después de la muerte de mi papá, siento que estoy sobreviviendo...Me siento cansada y sola

-T: Necesito que para la próxima sesión, indagues sobre el duelo y sus etapas, y trates de identificar en cuál de ellas te encuentras. ¿Cómo te pareció la sesión del día de hoy, cuál fue tu parte favorita y la que menos te gustó?

10.11. Undécima Sesión

La paciente llega a consulta. Se inició la sesión con la revisión de la tarea. KH expresa:

“con la muerte de mi padre no voy a llegar a la aceptación, siento que perdí la mitad de mí...

no creo en la aceptación, es una carga que voy a llevar siempre” “a veces pienso en lo que

cambiaría para tener a mi papá de nuevo. Prefiero la deuda y tener a mi papá y a mi abuela”.

Debido a lo anterior, se le asignó de tarea, una línea de tiempo que iniciara el día 20 de junio del 2013 y finalizara en la actualidad. A continuación se redactará de forma textual, la sesión mencionada:

-T: Buenas Tardes, KH comenzaremos la sesión, revisando que encontraste sobre el duelo y que pudiste identificar de tu caso, a través de la revisión teórica.

-P: Bien, pero he identificado que tengo de todas las etapas, menos de la aceptación, creo que nunca voy a terminar el duelo de mi padre, porque me faltaron muchas cosas por resolver con él.

-T: ¿qué significa que has identificado elementos de todas las etapas en ti?

-P: de la negociación, por ejemplo, a veces pienso en lo que cambiaría para tener a mi papá de nuevo. Prefiero la deuda que tener a mi papá y a mi abuela, muertos. De la depresión, me siento pesada. Antes tenía un espíritu más ligera y extrovertida, no me estresaba por todo. No voy a llegar a la aceptación, siento que perdí la mitad de mí. No quiero la aceptación, no creo en ella, siento que es una carga que voy a llevar por siempre.

10.12. Duodécima Sesión

17 de febrero 2018: La paciente llega sola a consulta. Se inició la sesión con la valoración del estado emocional de la consultante, donde refiere: *“estoy menstruando y vigilo todo y veo todo como una prueba, creando historias que tiene otra y me va a dejar” “si me deja, ya no tengo razones para vivir, para trabajar, para construir mi vida” “cuando murió mi papá era la razón para hacer las cosas, luego conocí a L., ya tengo algo o alguien para tener una meta”*. Por otro lado, Kh reporta la presencia de pensamientos intrusivos relacionados con la posible infidelidad de su pareja, los cuales se presentan de tres (3) a cuatro (4) veces por día, sin embargo, cuando esta menstruando tiene una intensidad de tres (3) (3/5) y una magnitud de todo el día, porque *“no puedo racionalizarlos”*. También, se exploró el significado que le

atribuye a la palabra infidelidad, *“el fin de mi relacionamiento” “me ha traicionado, me ha usado para mi casa, mi comida” “soy boba”*

A partir de las sesiones que se describirán a continuación, se debe resaltar que no guardan continuidad, si no que fueron escogidas por su relevancia en el proceso y por la inclusión de las variables de investigación.

10.13. Décima Tercera Sesión

7 de abril del 2018: la paciente llega sola a consulta. Durante la sesión no se trabaja el objetivo planteado, ya que se realiza una intervención en crisis. La paciente manifiesta que ha finalizado su relación de pareja y que todas sus sospechas las había confirmado en las últimas semanas, expresa sentirse: *“deprimida” “con rabia” y “culpable”*. Por lo anterior, se emplea la técnica retribucional cognitiva o comúnmente conocida como “la torta” y la de la silla vacía, con el propósito de favorecer la expresión emocional. Cabe resaltar que las respuestas emocionales fueron validadas y algunas creencias debatidas. Ejemplo de lo anterior fueron: *“yo soy culpable de que mi relación haya terminado”*. Por otra parte, se indagaron las actividades placenteras para KH y se asignó para la casa, la técnica de dominio y agrado.

10.14. Décima Cuarta Sesión

12 de Mayo del 2018: La paciente llega a consulta sola, reportando que acudió a consulta con psiquiatría de forma particular (Remitida Interconsulta en la sesión del 14/04/2018), expresando el inicio del tratamiento farmacológico suministrado por la profesional (prozac X 20mg=1 cada mañana- Trittico X50 mg), manifestando mejoría en su estado de ánimo. No obstante, continua con las respuestas de ansiedad ante los pensamientos intrusivos “todos

saben lo que pasó”. Por tal motivo, se realizó un trabajo psicoeducativo con el objetivo de promover la adhesión al tratamiento farmacológico, cumpliendo con la dosis y los medicamentos recetados. Además, se expusieron las conductas contraindicadas, como: el consumo de alcohol o cualquier sustancia psicoactiva. Por otro lado, se realizó la aplicación del Inventario de Ansiedad BAI, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad.

10.15. Décima quinta Sesión

19 de mayo del 2018: La paciente llega sola a consulta. El objetivo de la sesión fue continuar con la aplicación de pruebas, con la finalidad de realizar la conceptualización cognitiva y el diagnóstico diferencial. Por tal razón, se le solicitó a la consultante que diligenciara el cuestionario EMT y el MOCQ. Por otro lado, la paciente presentó las siguientes verbalizaciones: *“Pasé más tiempo con mi papá por su trabajo. Mi madre no estaba por la maestría, solo recuerdo ese sentimiento de que ella no estaba”*.

10.16. Décimo Sexta Sesión

23 de junio del 2018: La paciente llega sola a consulta, manifestando que ha podido conciliar el sueño, pero que continúa con la falta de apetito. Por tal motivo, se indagan las creencias con relación a esta problemática, con el propósito de debatirlas. A continuación se presentarán las verbalizaciones más relevantes: *“No tenía el hábito de comida sin él” “yo no puedo comer porque me lo recuerda”*. Por tal razón, se hizo necesaria la resignificación de los alimentos, como elementos primordial del autocuidado, amor propio y supervivencia.

11. Marco Teórico

11.1. Aspectos Generales

La concepción del ser humano desde un enfoque biopsicosocial

La psicología estudia y comprende al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, en otras palabras, considera que los factores que intervienen en su crecimiento y en su desarrollo pertenecen a variables orgánicas, emocionales, cognitivas, sociales y contextuales. Por tal motivo, a lo largo de su evolución ha sostenido el dilema entre herencia vs experiencia y cuerpo vs alma, en cada una de las investigaciones que ha realizado en su campo. En el presente estudio de caso se basa en los diversos elementos que interfieren en la estructuración y formación del sujeto como ser pensante, afectivo, social y sexual, donde se resaltan las vivencias en las etapas iniciales de la vida en el proceso de desarrollo de los esquemas mentales, que serán los encargados de procesar la información externa e interna.

Definición de psicología y psicología clínica

Vale la pena traer a colación la conceptualización del término psicología,... mientras que la psicología clínica, se encuentra definida y descrita por J.H. Resnick (1991) de la siguiente manera:

“El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para la aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y

conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes.” (Citado en Trull & Phares, pág. 4)

La Terapia Cognitivo Conductual: Definición y Principios.

La TCC se basa en la premisa de que todas las perturbaciones psicológicas y emocionales tiene como factor común, una distorsión del pensamiento o una creencia irracional basado en un esquema disfuncional o desadaptativo, que determinan en gran medida, las respuestas emocionales, afectivas, conductuales y fisiológicas de las personas. Dentro de este enfoque se encuentran diversos teóricos y terapias, tales como: Terapia Cognitiva de Aaron Beck, la Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis, la Modificación Conductual de Donald Meichenbaum, la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus y las contribuciones de Michael Mahoney, Vittorio Guidano y Giovanni Liotti en el surgimiento del postracionalismo (Beck J. S., 2008). Por otra parte, es relevante hacer alusión a los principios del enfoque cognitivo conductual, ya que estos fueron los que dirigieron cada una de las etapas del proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo en el caso de KH: en la evaluación, en el diagnóstico, en la intervención, en la interconsulta y en el seguimiento de los objetivos clínicos logrados. Por tal motivo citamos a Judith S. Beck (2000), quien sostiene que estos principios subyacen la aplicación de toda terapia cognitiva, sin importar las especificaciones y particularidades del consultante. (Beck J. S., 2008, págs. 21-26) Estos son:

- ✓ Principio 1: La TCC tiene como base la formulación dinámica y cambiante del paciente y los problemas identificados en términos cognitivos.
- ✓ Principio 2: La TCC demanda una sólida alianza terapéutica.
- ✓ Principio 3. La TCC resalta la colaboración y la participación activa.

- ✓ Principio 4. La TCC se encuentra dirigida por objetivos y está centrada en problemas específicos y particulares.
- ✓ Principio 5. En la TCC prevalece el presente.
- ✓ Principio 6. La esencia de la TCC es de carácter educativa, debido a que tiene como finalidad instruir al/a la paciente a ser su propio terapeuta, enfatizando su trabajo, en la prevención de recaídas.
- ✓ Principio 7 y 8. La TCC es limitada en el tiempo y las sesiones son estructuradas.
- ✓ Principio 9. La TCC apoya a los pacientes al reconocimiento y la valoración/examinación de sus pensamientos y conductas desadaptativas y actuar con coherencia.
- ✓ Principio 10. La TCC emplea diversas técnicas para llevar a cabo la re-estructuración cognitiva, la estabilización del estado de ánimo y la modificación del comportamiento.

¿Qué se entiende por psicopatología evolutiva?

El término psicopatología evolutiva merece tener su conceptualización dentro de estos aspectos generales y es conocido, entendido y comprendido como: el estudio de la influencia de los factores o variables presentes en el desarrollo de las diversas disfunciones individuales y particulares. Surge como respuesta frente a la dicotomía o el dilema tradicional planteado entre las teorías propias de los modelos organicistas, que hacen énfasis en los factores intraorganísmicos, y los mecanicistas, que se enfocan en variables ambientales o que están presentes en los diferentes entornos. Dentro de estos teóricos se encuentran Kazdin y Kagan (1994), quienes afirman que la consideración de vías causales únicas basadas en planteamientos lineales para dar explicación a la relación de variables, delimitan significativamente la comprensión y el entendimiento de los problemas y las dificultades a

nivel comportamental, psicológico y emocional. En otro aspecto, las diferentes etapas del ciclo vital se consideran no solamente con relación a su secuencia cronológica, sino también en consonancia con las diversas áreas del desarrollo: cognitiva, social, emocional, motora, entre otras, como sostienen Goulet y Baltes, 1970; Nesselroade y Reese, 1973. (Citado en Caballo, 1998).

Un elemento importante a considerar son los *factores de desarrollo* que comprenden la relación de secuencias de cambios en el orden biológico y de maduración de los diferentes sistemas que se encuentran genéticamente programados, dando lugar a las experiencias y al aprendizaje generado entre la interacción organismo-ambiente; lo que se denomina en su gran mayoría como conducta individual (Citado en Caballo, 1998). Por lo tanto, al evaluar y analizar una conducta es importante realizar una contextualización de lo observado, teniendo en cuenta el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona, ya que el peso relativo de los factores de predisposición, adquisitivos, distales y de mantenimiento del comportamiento cambia en la medida en que el individuo va evolucionando e incrementando en la cantidad y calidad de repertorios o patrones conductuales y de interacciones con el medio. (Caballo V. E., 1998). Con relación a lo anterior y al estudio de caso, se debe decir que KH se encuentra en la adolescencia, esta etapa se distingue de las demás por ser un periodo recurrentes ir y venir, que oscila entre la exploración y el anhelo por conocer, así como entre la reafirmación o cambio de la estructura de la personalidad con el propósito de tener una base sólida para el momento de la adultez. Estas modificaciones se entienden y son llamadas como una de las “crisis” del ciclo vital. Teniendo en cuenta lo anterior, los autores Moral y Sirvent en el año 2011, plantearon que en la adolescencia “se suceden e interrelacionan estados de

emoción exacerbada y de apatía, de conformidad simulada y de apoyo grupal, de sobreactivación y ociosidad, de cambio y permanencia”. En otras palabras, el y la adolescente experimentan un reestructuración, fortaleciendo sus patrones de comportamiento, pensamiento y emociones que le son, desde su perspectiva, adaptativos y funcionales para hacerle frente a las adversidades y demandas de su entorno inmediato (Citado en Bocanegra Sandoval, 2018)

11.2. Ansiedad

Con el propósito de definir el término ansiedad, nos servirá de referencia la conceptualización ofrecida en el manual del STAI, basándose en la distinción o discriminación de ansiedad Estado (A/E) y ansiedad Rasgo (A/R). La primera comprende una condición transitoria o pasajera del ser humano, que se caracteriza por estar asociado a sentimientos subjetivos con un nivel alto de consciencia o percepción (egodistónico) para la persona que presente en el malestar, presentando tensión y aprehensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o la presencia significativa de respuestas/síntomas fisiológicos. Mientras que la segunda obedece a una característica estable y duradera, que ejerce una influencia relevante en la forma de percibir, los acontecimientos o los eventos como amenazantes o peligrosos. (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2015)

Aprendiendo a Diferenciar la Angustia, el Estrés y la Ansiedad

La angustia es conocida como una emoción con efecto de inmovilización. Se define como una emoción compleja, desagradable y difusa que trae como consecuencias diferentes repercusiones psíquicas y orgánicas en el organismo. La angustia es considerada como visceral, obstructiva y aparece cuando la persona tiene la sensación de estar siendo amenazado

por algo, lo anterior según los postulados de Ayuso (1988). Está asociada o relacionada con eventos que provocan desesperación, destacándose como característica principal, la pérdida de la habilidad para actuar de forma voluntaria y libremente, es decir, de orientar sus acciones. El término angustia proviene del alemán angst y la palabra germana eng. Donde ambos contribuyen en la aproximación de los campos semánticos, dando como producto, una palabra cuyo concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, en otras palabras, a malestar y apuro. Por otro lado, desde la influencia latina se hablaba de angor y gracias al efecto producido por la psiquiatría francesa se transformó en el término angoisse, refiriéndose al sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud, como lo manifiesta Lopez-Ibor (1969). A diferencia de la ansiedad, la angustia puede ser en ciertas circunstancias, adaptativas y en otras, no. Lo anterior, depende y se encuentra determinado en gran manera de la magnitud con la que se presente y del tipo de respuesta que emita en ese momento. Un aspecto importante para tener en cuenta con la finalidad de discriminar la angustia normal de la patológica es que la primera no implica una reducción o limitación de la libertad o acción voluntaria del ser humano, mientras que la anormal refleja una respuesta desproporcionada con relación al acontecimiento que se presenta, siendo más corporal o somática, primaria, profunda y recurrente. También, se puede describir como estereotipada, anacrónica o tiende a traer el pasado para ser recordado, debido a que imagina un conflicto que muchas veces es inexistente. (Citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Dentro de las consecuencias que puede generar la angustia de carácter patológico, son las crisis o ataques de pánico. También, algunas veces dichas crisis pueden detonar de forma secundaria o simplemente puede estar comorbidas con el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión o la psicosis.

Por otra parte, se encuentra el estrés. Esta reacción la ha experimentado todo ser humano en algún momento de su diario vivir, con mayor o menor frecuencia e intensidad. Lo anterior, debido a que cualquier cambio interno o externo lo puede provocar. El origen del término estrés se encuentra en el vocablo disstres, que significa pena o aflicción. Por otro lado, el vocablo ya era utilizado en física por Selye, haciendo alusión a la fuerza que actúa sobre un objeto y que provoca su destrucción al sobrepasar una magnitud específica. Para este mismo autor, el estrés consiste en una manifestación del organismo que es generada con el objetivo de responder ante cualquier demanda del entorno o el contexto, por tal motivo, es considerado como un proceso adaptativo y emergente, ya que juega un rol indispensable en la supervivencia. Cabe resaltar que ésta no se considera como una emoción en sí misma, sino que es el agente generador de las emociones. No obstante, si la aparición es recurrente y éste no es tratado adecuadamente, puede acarrear a un bajo rendimiento en el diario vivir de la persona, afectando de forma notable su integridad física, emocional y psicológica, según Olga y Terry (1997). En toda situación, el estrés surge en la relación entre persona y ambiente, ya que el sujeto o individuo percibe si las exigencias del entorno constituyen un peligro para su bienestar y si éstas exceden o igualan sus recursos o estrategias de afrontamiento, lo anterior se encuentra sustentado por Lazarus y Folkman (1984) (Citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

Según la vigésima edición del Diccionario de la Real Academia Española, la palabra Ansiedad proviene del latín anxietas, haciendo alusión a un estado de agitación, inquietud y zozobra de ánimo. Lo anterior, denota que este fenómeno es inherente a la existencia humana y al igual que las otras respuestas emocionales, también sostiene un papel importante en la adaptación y

supervivencia de la especie. No obstante, su vivencia o experimentación es catalogado como displacentero, ya que se manifiesta a través de una tensión emocional que suele estar acompañada generalmente por un conjunto de síntomas somáticos (Citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Por otra parte, cabe mencionar que si bien la ansiedad sobresale por su aproximación o semejanza al miedo, se distingue según Marks (1986) en que, mientras que el miedo es una respuesta emocional que obedece a la presencia de un estímulo que se percibe como peligroso, el surgimiento de la ansiedad se relaciona con la anticipación de amenazas futuras, indefinibles e imprevisibles. (Citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

Clark y Beck en su libro *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad* sugiere cinco criterios que pueden ser empleados con la finalidad de discriminar los estados anormales de miedo y ansiedad. Resaltando que no es necesario el cumplimiento de todas las características, pero se esperaría que la mayoría se hallen en los cuadros de ansiedad clínica (Beck & Clark, *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*, 2012). Estos son:

1. **Cognición Disfuncional:** uno de los pilares centrales en la teoría cognitiva para el miedo y la ansiedad patológica es la presencia de la asunción falsa que contiene la valoración errónea de amenaza en un evento o acontecimiento que no se puede confirmar por medio de observación directa (Beck et al., 1985). Teniendo en cuenta el caso y relacionándolo con lo anterior, diríamos que obedece a una reacción normal que KH experimente miedo y se sienta amenazada, si se da cuenta que L. sostiene una conversación comprometedoras con otra mujer. Por el contrario, la ansiedad que le provoca el reconocer algún cambio en su residencia, tales como: la basura afuera, botellas de cervezas vacías o la cama organizada, indica la activación de creencias

disfuncionales y de errores en el procesamiento de la información, que se caracteriza por ser excesivo e incoherente con la realidad objetiva.

2. Deterioro del funcionamiento. La ansiedad clínica genera un impacto negativo sobre el manejo efectivo, funcional y adaptativo de la amenaza percibida, interfiriendo de esta manera, con las otras áreas de la vida cotidiana. Lo anterior, se puede observar en el caso, cuando KH evitaba salir o enfrentarse a situaciones sociales, ya que al observar una pareja, no podía evitar pensar en que alguno de los dos integrantes le estaba siendo infiel al otro, o porque al ver una mujer, pensaba que estaba habiendo sido la persona con la que L. la había traicionado. Lo anterior, provocó aislamiento social en la paciente.
3. Persistencia. La persona que padece una ansiedad patológica tiene una sensación aumentada de aprehensión con sólo imaginar en una amenaza potencial, independientemente que llegue o no a materializarse. Es así como, estas respuestas el individuo la puede experimentar a diario, durante muchos años y con una intensidad elevada. Recordemos entonces que las respuestas de ansiedad de Kh se presentaban todos los días y que su intensidad y magnitud dependían de su ciclo menstrual.
4. Falsas alarmas. En los diferentes trastornos de ansiedad se observan con frecuencia, lo que Barlow (2002) llama como falsa alarma y la define como: “miedo o pánico visible [que] ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido” (Citado en Beck & Clark, 2012, pág. 26)
5. Hipersensibilidad a los estímulos. Según Öhman & Wiens (2004), el miedo es una reacción aversiva generada por un estímulo específico orientada a una señal externa o

interna que se interpreta como una amenaza en potencial. No obstante, en los estados de perturbación clínica, el miedo es provocado por un rango amplio de estímulos o situaciones en la que la intensidad del peligro es relativamente leve o nula para los individuos que no la padecen, lo anterior fue planteado por Beck & Greenberg (1988) (Beck & Clark, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012).

La visión catastrófica como elemento esencial en el perfil cognitivo de los pacientes ansiosos.

“La ansiedad se caracterizará por una elevada frecuencia, intensidad y duración de pensamientos e imágenes automáticas negativas de amenaza y peligro selectivo en comparación con los estados no-ansiosos u otros tipos de afecto negativo. Adicionalmente, cada uno de los trastornos de ansiedad se caracteriza por un contenido particular de pensamiento relevante a su amenaza específica.”

(Beck & Clark, Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, 2012, pág. 145)

Si se distingue la ansiedad de la depresión se trata, se debe sostener que la primera se caracteriza por la presencia de pensamientos de daño y peligro, presentando un perfil cognitivo específico que ayude a discriminar la presencia de los subtipos de los trastornos de esta categoría.

Las distorsiones cognitivas son consideradas como creencias, convicciones o perspectivas de vida que se caracterizan por ser un sesgo de la realidad, afectando el bienestar y las acciones de las personas. Por tal motivo, el generar conocimiento con respecto a su existencia, posibilita generar estrategias para afrontarlas y modificarlas. Una de ellas, es la visión catastrófica presente en los pacientes ansiosos, que se entienden como una tendencia a incrementar el sesgo negativo, hasta tal punto, de transformar una situación en grandes desgracias, tragedias y amenazas. Conlleva imaginar la ocurrencia de un evento catastrófico, aunque sea poco realista e incluso en ausencia de evidencias o fundamentos.

“Es un error capital teorizar antes de poseer datos. Uno comienza a alterar los hechos para encajarlos en las teorías, en lugar de encajar las teorías en los hechos”

Sherlock Holmes

11.3. Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Las manifestaciones clínicas de este transtorno destacan dentro de las vivencias y el padecimiento de estos pacientes, la presencia de diversos fenómenos en forma de pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos que se alojan en la conciencia de la persona, provocando malestar y ansiedad, lo anterior, lo conocemos como obsesión, que se describen como irracionales, falsos o infundados. No obstante, existe un hecho incapacitante para tomar distancia de ellos, disminuyendoles el poder. De esta manera, aparecen las compulsiones, una forma interminable, representada mediante rituales simples o complejos, causandoles un grado de disfuncionalidad que puede variar entre leve, moderada y grave.

Por lo general, la temática de las obsesiones y compulsiones suele ser de gran importancia para quien las padece. No obstante, podría darse casi cualquier combinación entre estos dos

elementos constitutivos, incluso sin la existencia de una relación alguna. P. ej. la persona que tiene la obsesión de estar contaminado y como compulsión, repite mentalmente una oración cada vez que presenta esta sensación (Moreno, Martín, García, & Viñas, 2008). A continuación, revisaremos los tipos de obsesiones y compulsiones de mayor relevancia para el caso.

Obsesiones:

Asunto abstracto: En este caso más que una idea o imagen acerca de un tema, es una cadena de pensamientos sobre un tema en particular, que se repite una y otra vez hasta que resulta desagradable. En el caso de KH, sería la idea de pensar en la fidelidad o infidelidad de su novio, en la posibilidad de la ruptura de su relación afectiva, en el futuro de la misma y la situación de migración de su pareja, en su idea de compromiso y en el fracaso ante ella.

Compulsiones: éste consiste en una acción que tiene varios pasos que han de cumplirse de una forma rigurosa y estricta.

Lavado, limpieza y desinfección: Incluye todo tipo de comportamiento repetitivo y excesivo en torno a estas temáticas, que constituyen un comportamiento desproporcionado, sin generar la sensación de limpieza, orden o desinfección. Kh manifestaba ser muy meticulosa con el aseo de la casa y sus hábitos de limpieza, puesto que para ella era muy importante.

Comprobación: Consiste en las acciones orientadas a asegurar o a verificar de que algo negativo no ha sucedido o de revisar que no se haya cometido un error. Las dudas de Kh

con respecto a la fidelidad de L., la llevaban a revisar de forma compulsiva el closeth o la basura, incluso repasaba de forma mental, los acontecimientos para identificar alguna señal de alarma.

Modelos Explicativos del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, durante el siglo XX, los teóricos se han preocupado por desarrollar un sinnúmero de modelos con la finalidad de explicar el origen y el mantenimiento del TOC. A continuación se conceptualizarán las más representativas en este estudio de caso.

En primer lugar, Rachman (1977) propone tres posibles vías para la adquisición de fobias y obsesiones, estas son: **Condicionamiento, modelado y transmisión de la información.**

También, sustenta la necesidad de considerar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional, que se encuentran asociados los tres sistemas: cogniciones, actividad fisiológica y conducta motora observable. Por otra parte, sostiene la importancia de los factores de aprendizaje social, dando el ejemplo, habría una mayor probabilidad de la aparición de rituales de limpieza en familia con padres sobreprotectoras y las compulsiones de verificación pueden desarrollarse en familia con padres exigentes, con altos estándares de funcionamiento y perfeccionistas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009). Lo anterior, se puede observar en KH, ya que su madre sostuvo una actitud crítica lo que se considera un factor predisposiciones para las obsesiones de duda y compulsiones de comprobación.

Por su parte, Barlow (1988) argumenta la existencia de dos tipos de **vulnerabilidad** que se encuentran presentes en los trastornos de ansiedad, **la biológico y la psicológica.** Con relación

a lo anterior, los pacientes obsesivos-compulsivos poseen mayor probabilidad de responder al estrés mediante reacciones emocionales que otras personas, y esta predisposición se basa en aspectos biológicos. Además, estas personas durante toda su vida han adquirido como aprendizaje que ciertos estímulos son peligrosos, amenazantes e inaceptables.

Foa y Kozak (1985); Kozak, Foa y McCarthy (1988), estos teóricos tienen en cuenta la **teoría bioinformacional de Lang** (1977, 1979), comprendiendo los trastornos de ansiedad como periodos con deterioros particulares en los prototipos de memoria afectiva. Para su concepto, los miedos neuróticos se distinguen de los miedos normales por la estimación errónea de la amenaza, una valencia altamente negativa para los eventos peligrosos, una exageración en los componentes de respuesta y resistencia al cambio. Cuando se compara el TOC con los otros trastornos de ansiedad, éste posee una mezcla de síntomas más heterogéneas, por tal motivo, no existe una forma común de estructurar el miedo en este trastorno. Según Foa y cols. (1985), la característica esencial del TOC, es la cantidad, relación y asociación con aspectos de daño, culpa o peligro, incrementando la complejidad del cuadro

Salkouskis (1985, 1989 a, b, 1998, 1999), apela a los conceptos con el propósito de discriminar entre <<pensamientos automáticos negativos>> y <<obsesiones>>, propuestos por Beck y Rachman. Rachman (1981) define los pensamientos intrusivos como “pensamientos, imágenes o impulsos que son inaceptables y/o no deseados” (Citado en Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, pág. 166). Mientras que Beck (1974), conceptualiza los pensamientos automáticos negativos como:

“elicitados por estímulos (acontecimientos externos reales o pensamientos acerca de acontecimientos) y pausibles o razonables,

aunque puedan parecer rebuscados a cualquier otra persona. El paciente acepta su validez sin cuestionarla y sin someter a prueba su grado de realidad o su lógica” (Citado en Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

Este autor realizó una distinción entre pensamiento automáticos negativos y obsesiones, de acuerdo al grado de intrusión percibido, el grado de accesibilidad a la conciencia y de consistencia con el sistema de creencia de la persona. Por otro lado, Salkovskis (1985, 1989 a, b, 1998, 1999) fundamenta que tanto los pensamientos automáticos negativos (PAN) y las obsesiones giran alrededor a un constructo denominado, responsabilidad personal o responsabilidad excesiva, que se basa en la premisa de “si las cosas van mal será culpa mía”. Tal elemento puede ser de carácter directo o indirecto, por tanto, la necesidad de impedir o evitar un posible daño causado por agente externo resulta importante y obedece a la calidad de sus acciones.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Diferencias entre el DSM-IV y DSM-V

La principal distinción en los planteamientos realizados alrededor de este trastorno en los dos últimos manuales diagnósticos publicados se encuentra en que en el DSM-IV-TR, el trastorno obsesivo-compulsivo está incluido en los trastornos de ansiedad, mientras que en el DSM-V forma una categoría diagnóstica junto con los siguientes cuadros clínicos: trastorno dismórfico corporal, el de acumulación, la tricotilomanía (arrancarse el pelo), de excoriación (rascarse la piel), aquellos que son inducidos por sustancias/medicamentos, por afección médica, los especificados y los no especificados. Recordemos entonces que, el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son contempladas como

pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se vivencian como intrusivos y no deseados, por un lado y por el otro, las compulsiones son considerados como comportamientos repetitivos o actos cognitivos que una persona lleva a cabo ante la presencia del primer elemento o siguiendo reglas que deben aplicarse con rigurosidad. Por otro lado, la inclusión de este capítulo en el manual diagnóstico vigente pone en evidencia la relación que sostienen estos trastornos en termino de validadores o criterios diagnósticos, siendo conscientes de la existencia de algunas distinciones que promueven el desarrollo de un diagnóstico diferencial. Se debe resaltar la estrecha relación existente entre los trastornos de ansiedad y algunos trastornos obsesivos compulsivos. (Psicoasesor, 2016)

El perfeccionismo como aspecto relevante en el perfil cognitivo de los pacientes con TOC y en la comorbilidad con la alteración del estado de animo depresogénico

Frost et al. (1990) define al perfeccionismo como la tendencia a estipular y asignarse metas altas, irreales, exigentes e inflexibles, trayendo como consecuencia, una adherencia rigida a lo que éstas plantean y a formular una valoración de sí mismos en funcion de los logros obtenidos. Por otro lado, nos podemos encontrar con el modelo de autorregulación propuesto por Caver y Scheider, 1986; Kanfer y Hagerman, 198; Rehm, 1977. Donde se manifiesta, que algunas personas son propensas a los problemas de ajustes, ya que las mismas persiguen estandares poco realistas, culpándose y criticandose de manera excesiva e irracional, cuando éstas no son alcanzadas. Además, Carver en compañía de Scheider (1986) analizó los elementos principales del autocastigo, estos son: 1) el mantenimiento de los estándares elevados; 2) un déficit o un nivel bajo de tolerancia ante el fracaso o la frustración generada por el incumplimiento de los mismos; 3) generalización de un sólo error a todos los aspectos

de sí mismos. (Citado en González, Ibáñez, Rovella, López, & Padilla, 2013). Es así como, una gran cantidad de estudios e investigaciones se han centrado en la relación existente entre el perfeccionismo y la psicopatología (Egan, Wade y Shafran, 2011; Shafran y Mansell, 2001; Stoeber y Otto, 2006), considerándose el primer término como un proceso transdiagnóstico. Esta naturaleza se encuentra sustentada por los siguientes elementos: A) se ha asociado como un factor de riesgo y de mantenimiento de diversas psicopatologías; B) el perfeccionismo elevado está relacionado a la comorbilidad clínica o la presencia de varios trastornos. C) La intervención psicológica del perfeccionismo reduce una variedad de psicopatologías. (González, Ibáñez, Rovella, López, & Padilla, 2013)

Por otro lado, se encuentra la intolerancia a la incertidumbre, elemento considerado como un factor clave de vulnerabilidad cognitiva, debido a que está íntimamente relacionada con la preocupación como rasgo y el trastorno de ansiedad generalizada, definido por Dugas y Robichaud (2007) como: “una característica disposicional que resulta de un sistema de creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones”. En otras palabras, la intolerancia a la incertidumbre es el resultado de un nivel bajo en la percepción de la ambigüedad, provocando respuestas de alta intensidad ante situaciones imprecisas, anticipando consecuencias amenazantes. Por tal motivo, se ha relacionado con psicopatologías como: depresión, TOC, fobia social y TAG. (González, Ibáñez, Rovella, López, & Padilla, 2013)

11.4. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por presentar un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de modificaciones somáticas y cognitivas que alteran de forma significativa la capacidad funcional; a diferencia del DSM-IV-TR, este manual incluye dos capítulos diferentes <<Trastornos Depresivos>> y <<Trastornos Bipolares>>, los cuales estaban conjugados en el anterior, recibiendo un título de <<Trastornos bipolar y Trastornos relacionados>>. En esta categoría diagnóstica se encuentra incluido: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, de depresión mayor (contiene el episodio DM), el depresivo persistente (DISTIMIA), el disfórico premenstrual, el inducido por una sustancia/medicamento, el causado por otra afección médica, el especificado y el no especificado. (Psicoasesor, 2016)

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es sin lugar a dudas el período de tiempo de mínimo dos semanas, en el cual se presenten el ánimo depresivo, pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. La persona debe vivenciar además al menos cuatro síntomas o cumplir con cuatro criterios diagnósticos de la lista, que incluyen cambios en el apetito o en el peso y en la actividad psicomotora; enlentecimiento; sensación de inutilidad, fracaso y culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones; presencia de conductas suicidas (ideación, planificación e intentos). Estos síntomas deben persistir la mayor parte del día y deben tener una frecuencia casi diaria o por lo menos, más veces de las que se encuentran ausentes. Por otro lado, debe estar acompañado por una alteración en el funcionamiento de otras áreas importantes. Mientras que el trastorno depresivo persistente o distimia presenta como característica diagnóstica principal, un estado de ánimo deprimido con

una magnitud de la mayor parte del día, con una frecuencia de casi todos los días en el transcurso de al menos dos años. En este diagnóstico se conjugaron los trastornos de depresión mayor crónico y el distímico presentados en el DSM-IV. Cabe resaltar que la depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios pueden hacerse lugar durante la distimia. (Psicoasesor, 2016)

Perfil cognitivo o errores en el procesamiento de la información en pacientes depresivos

Según Beck (2010) en su libro Terapia Cognitiva de la depresión, las distorsiones cognitivas que suelen presentarse en personas con trastornos depresivos y confirman sus esquemas disfuncionales o desadaptativos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, págs. 22-23). A continuación se definirán, aquellos que se evidenciaron en el estudio de casos.

- ↓ **Inferencia arbitraria:** Consiste en la anticipación de una conclusión en ausencia de la evidencia que lo sustente e incluso si estos argumentos existente son contrarios a la misma
- ↓ **Abstracción selectiva:** comprende el enfoque en un detalle específico que se encuentra fuera del contexto y con lleva a ignorar las demás características relevantes del acontecimiento. La definición de este evento se basa en ese fragmento. En este sentido, KH interpretaba el fin de su relación como un fracaso, ignorando la sensación de tranquilidad que le generaba esta decisión, ya que L. era una persona que la maltrataba psicológica y físicamente, coartando su libertad.
- ↓ **Generalización excesiva:** es el proceso de elaboración o diseño de una regla general o conclusión a partir de uno o pocos hechos aislados. También, abarca la tendencia de aplicar el concepto a eventos relacionados como a situaciones inconexas. La conclusión

elaborada por KH consistía en los siguiente: “*todos los hombre son infieles y traicionan*”
“*en todas las relaciones, siempre hay una persona que engaña al otro*”

- ↓ **Maximización y minimización:** se evidencia en los errores que se comenten al valorar la magnitud de un evento. De lo anterior, se puede decir que la paciente minimizaba los defectos de su pareja, disminuyendo su importancia, con el fin de continuar la relación, por una parte y por la otra, maximizaba el hecho de que L. había dejado su trabajo y familia para venirse con ella a Colombia.
- ↓ **Personalización:** es la facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo, fenómenos externos en ausencia de una base firme para hacer una conexión realista. En el estudio de caso, se puede observar en las declaraciones de culpa que realizaba la paciente, haciendo referencia al estado emocional de su pareja y a la ruptura de su relación afectiva.
- ↓ **Pensamiento absolutista, dicotómico:** se puede observar en la clasificación de las experiencias o vivencias según una o dos categorías opuestas. Cabe resaltar que para caracterizarse a sí mismo, el paciente depresivo elige las etiquetas del extremo opuesto. En el caso de Kh, ella se denominaba así misma como: “*boba*” “*inútil*”

Modelos Explicativos de la Depresión.

Los teóricos de la corriente cognitivo conductual han desarrollado y postulado una gran cantidad de modelos con la finalidad de explicar el origen y el mantenimiento de los trastornos depresivos. Dentro de éstas, se encuentran las teorías cognitivo-sociales, las cuales contemplan constructos que resaltan el papel del aprendizaje social y de la psicología social. A continuación se conceptualizarán las más representativas en este estudio de caso. Estas son:

- ❖ Martin Seligman acoge los principios del condicionamiento clásico e instrumental como punto de partida para su estudio. Donde descubrió que los animales que eran sometidos a choques eléctricos inescapables, desarrollan un patrón de comportamientos y modificaciones neuroquímicas semejantes al de los deprimidos, este fenómeno lo denominó *indefensión aprendida*. Basado en esta investigación, también postuló el término, *expectativa de incontrolabilidad*, definida como la pérdida percibida de control del ambiente.
- ❖ Abramson y su equipo, realizaron la reformulación del modelo explicativo anterior, aportando el concepto de *estilo atribucional de los pacientes depresivos*, apelando la existencia de tres dimensiones, estas son: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad. Constituyéndose en factor de vulnerabilidad cognitiva y consiste en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a variables internas, estables y globales.

Duelo como factor desencadenante de los Trastorno depresivo.

Es el proceso que se inicia tras una pérdida significativa y se realiza, con la finalidad de aliviar el dolor y ayuda a la reintegración de las variables implicadas en la vida de la persona. El duelo puede ser normal y patológico. Este último es un tipo de duelo complicado, ya que las dificultades y obstáculos pueden manifestarse en el mismo, suelen ser vistos como síntomas psicopatológicos. Tizón (2004), lo define como aquél que pone en marcha o detona diversos cuadros clínicos, más o menos grave y completo. Por otro lado, el duelo complicado conlleva dificultades cualitativas, cuantitativas o temporales en su elaboración, no obstante, no necesariamente implique la instauración de lo patológica. La evolución del mismo se verá

afectada por síntomas aislados de trastornos o de duelos crónicos, exagerado, enmascarado o retrasado. (García Mantilla, 2013)

Tizon (2004) sustenta que “La relación entre procesos de duelo y psicopatología es estrecha. Sus interacciones y retroacciones corren, al menos, por una doble vía. Por un lado, los duelos acumulados y/o insuficientemente elaborados (a un nivel más conductual, los <<acontecimientos vitales estresantes>>) favorecen el desequilibrio mental, la psicopatología. Por otro, los trastornos psicopatológicos establecidos suelen suponer dificultades, a menudo específicas, en la elaboración del trabajo del duelo” (García Mantilla, 2013, pág. 50)

Se hace necesario entender los conceptos clínicos y psicopatológico que se encuentran alrededor de la depresión, como son la tristeza y la pena, sentimientos que se deben discriminar, pero se deben considerar como manifestaciones inherentes a todo duelo. En el duelo depresivo o melancólico, como algunos autores lo suelen llamar, las alteraciones afectivas se hacen notorias: la culpa y la vergüenza. Por otro lado, las modificaciones en la visión del futuro, de sí mismo y del mundo son negativos y estables, incluyendo la desvalorización que la persona realiza de sí misma, así como la adopción de una perspectiva rígida y oscura ante el pasado. (García Mantilla, 2013). Por otra parte, vale la pena destacar que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, considera la pérdida de los padres como uno de los factores de riesgo y pronóstico para la distimia (Psicoasesor, 2016). Otro aspecto significativo a considerar era que para KH, su padre era su

figura de apego y su modelo a seguir, estableciendo su primer vínculo dependiente con su progenitor y cuidador.

11.5. Trastornos de Personalidad.

Iniciaremos este apartado poniendo en contexto, el origen, el desarrollo y la función de la personalidad; las estrategias genéticamente determinadas que promovieron y fomentaron la supervivencia y la procreación fueron favorecidas dentro del proceso de selección natural. Luego, la forma establecida para el procesamiento de información, que incluye los procesos afectivos y emocionales, anteceden al empleo de estos recursos. Es decir, la valoración de las demandas particulares de un evento es un precedente y un factor desencadenante para la aparición de una estrategia adaptativa o inadaptada. Esta evaluación depende y es influenciada en gran medida por las creencias subyacentes, y éstas están insertadas en estructuras relativamente estables, llamadas <<esquemas>>, por lo anterior, son consideradas como la unidad fundamental de la personalidad. (Beck A. T., 2004).

Por otra parte, los <<rasgos>> de la personalidad pueden definirse como expresiones abiertas de las estructuras subyacentes. Al atribuir un significado a los acontecimientos, éstas comienzan una reacción en cadena que finaliza en los tipos de conducta, conocidas como estrategias, llamados rasgos de la personalidad. Cabe resaltar que estas estrategias interpersonales se adquirieron y fortalecieron a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales. Es así como, la activación mencionada de esquemas disfuncionales constituye el núcleo de los denominados trastornos del Eje I, donde ocurre un desplazamiento de los esquemas adaptativos por los idiosincrásicos y disfuncionales en el procesamiento de la información, el recuerdo y la previsión. Entonces, las creencias

disfuncionales y las estrategias mal adaptadas que se ponen de manifiesto en los trastornos de personalidad sensibilizan a las personas ante experiencias vitales que afectan su vulnerabilidad cognitiva (Beck A. T., 2004)

Por su parte, los trastornos de personalidad TP se caracterizan por su aparición temprana en la vida de la persona, por su estabilidad y su resistencia al cambio (rigidez), atendiendo de esta manera, a uno de los elementos claves del constructo de la personalidad y es su permanencia. Por lo anterior, se hace referencia a que el modo de ser habitual es enfermizo, patológico, anormal o disfuncional, debido a que no se ajusta a su contexto sociocultural, su formación, a los roles que debería adoptar y a la inhabilidad que desata en el desarrollo de sus capacidades potenciales de manera positiva y adecuada. En pocas palabras, se habla de un repertorio o patrón de conductas limitado, reiterativo e inflexible, por un lado y por otro, se guarda la posibilidad de una inestabilidad extrema en las características personales, lo que trae como consecuencia el no poner en práctica estilos consistentes para abordar un problema, para expresarse, para prevenir o imaginar alternativas de solución a posibles dilemas, para saber qué desea o qué es lo más beneficiosos para su felicidad.

Otras de las características esenciales de los TP es precisamente su globalidad, por tal motivo, para su comprensión no solo se debe tener en cuenta la búsqueda de los núcleos pertenecientes a los subsistemas que lo componen, también se debe contemplar las relaciones complejas que mantienen entre estos. En la actualidad, por la complejidad de dichas patologías, los diseños de intervención están orientados a los aspectos más sencillos y evidentes de la perturbación general. Por último, el individuo que tiene este diagnóstico o presente este cuadro clínico, no es consciente de su enfermedad, o la consciencia se limita a pocos aspectos. Por lo que se dice

que son egosintónicos. Motivo por el cual, son reducidos los pacientes que buscan ayuda por sí sólo, y éstos solicitan un proceso terapéutico por las demandas de quienes están a su alrededor o debido a las circunstancias sociales. Siendo las relaciones interpersonales y la expresión emocional, indicadores claves para estos trastornos. (Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, S.f.)

Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad

En este apartado nos ocuparemos de las creencias centrales que estuvieron por encima del límite superior en la primera aplicación del CCE-TP, realizada el 12 de mayo del 2018. Estas fueron:

- ✓ **Esquizotípico/ Límite.** Con tendencia al esquizotípico
- ✓ **Paranoide.**
- ✓ **Evitativo/autopercepción negativa.** con tendencia a la autopercepción negativa
- ✓ **Dependiente**
- ✓ **Histriónico/Dependencia Emocional.** con tendencia a la dependencia emocional
- ✓ **Evitativo/hipersensible.** estando más aproximado hacia la hipersensibilidad.
- ✓ **Obsesivo Compulsivo/Crítico frente a los demás.** Haciendo énfasis en el patrón característico del obsesivo compulsivo

A continuación se presentará la conceptualización de los TP mencionados anteriormente. La formulación de estas definiciones tendrán como bases los postulados presentados por Vicente Caballo (2004) en su libro Manual de Trastornos de Personalidad:

Esquizotípico: se caracteriza por un comportamiento extraño, distinto, fuera de este mundo orientado por pensamientos diferentes y emociones que se manifiestan de manera independiente al entorno. Su predilección y áreas de interés se encuentran en torno a temas como: la especulación, la adivinación, el ocultismo y la brujería, cayendo fácilmente en la captación de personas para sectas. Las personas con características de personalidad esquizotípica suelen mostrarse torpes en sus relaciones interpersonales, y esta torpeza se basa en las dificultades que tienen para la emisión y recepción de señales verbales y no verbales. Por otra parte, el núcleo familiar se caracteriza por síntomas negativos como: aislamiento social, retraimiento y frialdad.

Paranoide: Ser espiado, traicionado, engañado, abandonado o excluido son los temores que sostiene a lo largo de su vida, la persona que padece este tipo de TP. Lo que impacta de forma desadaptativa en su calidad de vida y en sus relaciones interpersonales, deteriorándolas, complicándolas y destruyéndolas, ya que conduce a las mismas sobre la posibilidad de recibir un trato inadecuado o con malas intenciones por parte del otro. El núcleo familiar de estas personas se caracteriza por maltratar en vez de cuidar, el individuo siempre esperaba ser desairado por sus cuidadores en la satisfacción de sus necesidades y respuestas a sus exigencias; según Olham y Morris (1995), las personas con este estilo tienen una sensibilidad excepcional que les posibilita advertir detalles en su entorno inmediato. También, tienen un sexto sentido o una intuición marcada para identificar mensajes ocultos o intenciones confusas por parte de los demás que pasarían por desapercibido frente a otros.

Evitativo: Han escuchado el dicho “querer es poder”, en este apartado veremos un claro ejemplo de su negativa “querer no es poder”, ya que las personas con características de personalidad evitativa, le temen al rechazo, a ser evaluados negativamente, a la humillación y a ser criticado por parte de los demás. A ellos les agradan y aprecian las relaciones sociales, encontrándose a gusto y hallándose gratamente contenidos y satisfechos, cuando están en compañía de personas cercanas, demostrando que en su esencia, son seres sociales que tienen grandes necesidades de afiliación. Sin embargo, un testigo raramente evidenciaría estos aspectos, ya que lo que observaría es a una persona solitaria que evita las situaciones sociales y los lugares poblados. Por tal motivo, construyen un estilo de vida en torno al trabajo, a sus aficiones, a su familia y a su pareja, si la tienen. El núcleo familiar de estos individuos se caracterizan por sostener estilos de crianzas autoritarios y críticos, o distantes.

Dependiente: son personas que ven a los demás como su fuente de dirección para emitir toda acción en sus vidas, debido a que viven dependiendo de los otros para elegir, trabajar, divertirse e ilusionarse. Sus vidas sólo tiene sentido y propósito cuando tienen a alguien que las llena o que se preocupen por ellas, viviendo en función de las mismas, enfocándose en sus necesidades y deseos, buscando y promoviendo su bienestar y felicidad. Tienden a evitar o apaciguar los ambientes hostiles, las discusiones y las peleas. No soportan o son intolerantes a la soledad, necesitando alguien que cuide de ellos y los proteja sin importar los costos o el sacrificio que tengan que hacer. Suele transformarse en un verdadero problema dentro del contexto social inmediato, cuando se encuentra en los extremos. Los cuidadores de estas personas se caracterizaban por tener un estilo de crianza sobreprotector o por invalidar los deseos, decisiones y sus opiniones.

Histriónico: un patrón de conductas orientadas a la búsqueda constante de halago, cumplidos y alabanzas por parte de los demás. Su situación más deseada es ser el centro de atención, considerando la vida como un escenario, donde ellos son y merecen siempre ser los protagonistas, convirtiéndose en objetivo principal de vida, mantener ese papel sin importar el precio o el esfuerzo que se deba realizar. Por tal motivo, la apariencia es considerada como un aspecto relevante; para este TP, los demás están ahí para ser seducidos y engatusados. El núcleo familiar de estas personas alimentaba su egocentrismo, manteniéndose a disposición de sus caprichos y centrando su atención en sus conductas, recibiendo siempre aprobación.

Obsesivo Compulsivo: Se caracterizan por ser perfeccionistas, minuciosos, organizados, competentes y exigentes. Su prioridad se encuentra en el área laboral, demostrando una gran dedicación a la tarea, orientando sus acciones al logro. Para estas personas con este estilo de personalidad, el tiempo de ocio, significa pérdida de tiempo productivo y de progresos, dedicando poco tiempo a sus relaciones interpersonales y familiares. Por otro lado, defienden principios morales, éticos y comunitarios; centran sus esfuerzos en la planificación, organización y clasificación de los elementos que disponen. El núcleo familiar de origen de estas personas se caracteriza por resaltar la perfección y los altos estándares de calidad, incrementando la competencia entre sus integrantes y alimentando sus exigencias personales.

Esquemas Maladaptativos Tempranos

En este modelo explicativo propuesto por Young y Klosko (2007) aparece una subcategoría de esquemas, llamadas esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) o tempranos inadaptados (ETI). Estos se definen como patrones disfuncionales, con carácter autosaboteador del pensamiento y la emoción. Su formación data en las primeras etapas de la vida y se confirman

a lo largo de la misma. Según esta teoría, las conductas disfuncionales son respuestas de los EMTs. Por otra parte, los ETI se originan en representación con base en la realidad y en sus inicios pueden provocar respuestas adaptadas y coherentes con la misma, no obstante, su disfuncionalidad se muestra más tarde, cuando estas apreciaciones o percepciones están desligadas o se muestran inconsistente con la misma. Los mecanismos dirigidos a la supervivencia, en especial la consistencia cognitiva, evitando la disonancia, provocan una poderosa energía con la finalidad de defenderlos ante todo intento de modificación. (López Pell, y otros, Guías Esquemas de Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para Profesionales, desde el Modelo de Young, Klosko y Wheiser, 2003) Dentro de las cualidades de los EMTs se encuentran:

- I. Son verdades a prior acerca de uno mismo y del ambiente, estructuras centrales del auto-concepto.
- II. Se auto-perpetúan y son resistentes al cambio; es decir, no se modifican y se mantienen a lo largo del tiempo.
- III. Son disfuncionales o desadaptativos: con consecuencias auto-destructivas y/o daño significativo para los demás. Interfieren de forma significativa en la satisfacción de las necesidades nucleares de autonomía, unión con los demás, auto-expresión, límites, gratificaciones y autoestima necesarias para una calidad de vida saludable.
- IV. Son activados por cambios ambientales relevantes al esquema o por estados de ánimo o estados biológicos. No siempre están en nuestra

conciencia. Cuando se activan se acompañan de altos niveles de afecto o emociones.

- V. Son el resultado de la interacción del temperamento con las experiencias nocivas o interacciones dolorosas y disfuncionales con los miembros de la familia o cuidadores en la infancia.

(López Pell, y otros, Guías Esquemas de Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para Profesionales, desde el Modelo de Young,

Klosko y Wheiser, 2003, pág. 3)

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) se encuentran distribuidos en cinco (5) áreas o dominios, estas son: *desconexión y rechazo* (abandono/inestabilidad; desconfianza/abuso; privación emocional; defectuosidad/vergüenza; aislamiento social/alienación); *autonomía y rendimiento* (Dependencia/incompetencia; vulnerabilidad al peligro; apego inmaduro/independiente, fracaso); *límites insuficientes* (grandiosidad; insuficiente autocontrol); *focalización en los otros* (subyugación; autosacrificio; búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento); *hipervigilancia e inhibición* (negatividad; inhibición emocional; metas inalcanzables; castigo)

Teniendo en cuenta lo anterior, sólo se presentarán las definiciones de los EMTs que salieron por encima del límite superior y por debajo del límite inferior en la primera aplicación del Cuestionario EMT, llevada a cabo el 19 de mayo del 2018. Lo anterior, basándonos en los conceptos emitidos por Young (2003) en su guía práctica, Terapia de Esquemas, Estos son:

En el área de autonomía:

- **Dependencia.** La creencia de que uno es incapaz para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas de una manera competente. Por tal motivo, considera necesaria la ayuda de los demás.
- **Sometimiento/falta de individualidad:** es la tendencia a ceder en exceso a la coerción o al control ajeno, con el propósito de evitar la ira, represalias o el abandono; existen dos tipos de subyugación, y son: (a) de necesidades: represión de la preferencias, decisiones y deseos propios; (b) de emociones: supresión de emociones, particularmente de la ira, normalmente es causado por la percepción de que las opiniones, deseos y sentimientos propios no son válidos para los otros. Por otro lado, se encuentra el auto-sacrificio, que consiste en enfocar excesivamente la atención, con el objetivo de satisfacer de forma voluntaria, las necesidades de los demás en situaciones y contextos cotidianos, aunque lo anterior, signifique el sacrificio de las propias necesidades
- **Vulnerabilidad al daño.** Miedo persistente y exagerado a que una catástrofe repentina le sorprenderá en cualquier instante, siendo incapaz de impedirla o de controlarla. El temor se centra alrededor de los siguientes temas (uno o más): (1) problemas médicos; (2) perturbaciones emocionales; (3) amenazas externas o fenómenos naturales
- **Miedo a perder el control:** también conocido como insuficiente auto-control/ auto-disciplina, que se encuentra constituido por dificultades para aceptar la tolerancia a la frustración, para alcanzar los objetivos personales y para dominar la expresión de las emociones e impulsos.

En el área de conexión:

- **Carencias emocionales:** La expectativa de que el deseo normal de apoyo emocional no será subsanado adecuadamente por los otros. Los tres estilos principales de privación son: (1) de cuidados: ausencia de atención, cariño, afecto o compañía; (2) de empatía: ausencia de comprensión, auto-apertura o de compartir sus sentimientos/emociones con los demás y escucha; (3) de protección: ausencia de dirección, guía y autoridad por parte de los cuidadores.
- **Abandono/ pérdida:** La percepción de inestabilidad hacia las personas que se muestran disponibles y accequibles para el apoyo y conexión. En otras palabras, está sustentada en la creencia de que las personas significativas o cuidadores son incapaces de seguir brindándoles el apoyo emocional, protección y determinación, debido a que son inestables y no se pueden predecir, por lo tanto, no son digno de confianza, pues, abandonará al individuo por alguien mejor.
- **Falta de confianza:** La expectativa o creencias de que las personas que están alrededor perjudicarán, humillarán, engañará, abusarán, mentirán, sacarán provecho o manipularán. Generalmente, incluye la sensación y la percepción de que el daño es intencional o es producto de una negligencia injustificada o extrema.
- **Aislamiento social/ alineación:** sensación de estar aislado del mundo, de ser diferente de las demás personas, lo que conlleva a la persona a no pertenecer ni conformar ningún grupo o comunidad.

En el área de valor de sí mismo:

- Defectos/ incapacidad de ser amado: es la tendencia a creer que el deseo propio de ser amado no será satisfecho de la mejor forma, debido a que se es imperfecto o defectuoso.
- Aceptación social: sensación de estar aislado del resto del mundo, de ser diferente a los otros, lo que impide ser aceptado a nivel social.
- Impotencia/ fracaso: La creencia de haber fracasado o de la certeza de fracasar en el futuro. Incluye, la sensación de ser un compañero inadecuado para sus compañeros o amigos. La visión de sí mismo(a) se basa en la creencia de ser estúpido, con estatus inferior, inepto o con menos suerte que los demás.
- Culpa/ castigo: la creencia de que las personas deberían ser castigadas severamente. Implica la tendencia a estar enojado, ser intolerante, impaciente y punitivo con los demás, cuando no satisfacen las propias expectativas o estándares. También, incluye la dificultad para perdonar o perdonarse por los errores cometidos, ya que dentro de su visión no se permite concebir la imperfección humana o a empatizar con los sentimientos ajenos.
- Vergüenza/ turbación: El sentimiento de que uno es imperfecto, malo, defectuoso, inválido, no deseado o inferior en aspectos relevantes o, si se expone ante los otros, no será querido. Incluye, hipersensibilidad a la crítica, la culpabilización o el rechazo. Las imperfecciones pueden ser privadas o públicas.

(Young, Klosko, & Weishaar, 2013)

11.6. Dependencia Emocional

La dependencia emocional se entiende como un patrón que se encuentra constituido por elementos cognitivos, motivacionales, conductuales y emocionales dirigidos al otro, quien está conceptualizado como una fuente de satisfacción y seguridad personal. Lo anterior, implica creencias erróneas con relación a la vida en pareja, al amor y de sí mismo(a). Es así como, la vida solo puede comprenderse y vivirse dentro de un vínculo afectivo, a pesar de que ésta genere dolor e insatisfacción. Por tal motivo, su activación por fuera de los límites establecidos de normalidad, puede ser considerada como un factor de vulnerabilidad para la adquisición y la evolución de psicopatologías. (Lemos Hoyos, Jaller Jaramillo, González Calle, Díaz León, & De la Ossa, 2012; Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, S.f.)

Con el propósito de contribuir con la comprensión del concepto de dependencia emocional, los estudiosos han enumerado una serie de términos que pueden ser considerados equivalentes, pero guardan una diferencia que facilita su discriminación. A continuación se expondrá lo anterior en una tabla:

Tabla 15 Dependencia Emocional y sus Conceptos Afines

CONCEPTO	SIMILITUD	DIFERENCIA
APEGO ANSIOSO	Temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación.	La diferencia entre el apego ansioso y la dependencia emocional se basa en el enfoque conductual del primero.
SOCIOTROPÍA	Necesidad dominante de obtener afecto, temor y sobrevaloración del rechazo	La dependencia emocional existe en la depresión de pacientes asintomáticos.
PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA	Su forma de relacionarse es a través de sumisión, que conlleva un anhelo por preservarlas sin importar el costo. Se suelen vincular con personas narcisistas y explotadoras. Su estado de ánimo se caracteriza por ser disfórico y con una autoestima baja.	Se diferencia de la dependencia, por la escasa evitación del dolor, el rechazo de ayuda, las conductas autopunitivas de sabotaje interno. También, se diferencian en su perspectiva

CODEPENDENCIA	Baja autoestima, subordinación, desarrollo de relaciones interpersonales destructivas, temor al abandono, falta de límites del ego.	La codependencia está determinada por otra persona, generalmente alcohólico o un toxicómano. Con los dependientes, necesariamente no ocurre lo mismo. La otra diferencia, consiste en que los codependientes, es frecuente la autoanulación para entregarse y cuidar a la persona con problemas, mientras que el dependiente emocional realiza lo mismo, con la intención de asegurarse de preservar el vínculo.
ADICCIÓN AL AMOR	Hace parte de las <<adicciones sin sustancias>> y se considera como la necesidad irresistible de tener pareja y de estar con ella, priorizando a la persona, objeto de la adicción con respecto a cualquier otra actividad.	Dependencia real al objeto de adicción: la pareja.
Fuente: Elaboración Propia Basada en (Castelló Blasco, Dependencia Emocional: Características y Tratamiento, 2005)		

Perfil cognitivo de la dependencia emocional

Desde el punto de vista de la comorbilidad clínica de la dependencia emocional, se hace necesario construir el perfil cognitivo de este patrón interpersonal, donde las distorsiones cognitivas juegan un rol relevante en el mantenimiento de la problemática. En una de las investigaciones realizadas por Nora H. Londoño A y Johana A. Zapata (2007) en la ciudad de Medellín, titulada distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional, encontró que dos variables fueron significativas, los deberías y la falacia de control, debido a que las personas con dependencia emocional argumentan sus necesidades afectivas de acuerdo con los deberías existentes relacionados con el amor romántico, provocando un procesamiento de la información con predominio de control, que les asegura el acceso rápido a su pareja. Por su parte, los teóricos Ruiz & Imbernon (1996), manifiestan que las “falacias de cambio” es la tendencia a creer de forma errónea que el bienestar personal se encuentra determinado de

manera exclusiva por el comportamiento de los otros, suponiendo que para satisfacer sus necesidades, son los demás quienes primero deben modificar su conducta. También, se debe indicar que “los deberías” pueden impactar negativamente sobre la calidad en la relación, ya que se estipulan reglas con la finalidad de mantener ideas que posibiliten verificar sus estándares con respecto a sus relaciones, lo anterior según Lemos et al. (2007).

Por otro lado, Con relación a los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) se encontró un estudio realizado en la Universidad CES de la ciudad de Medellín, cuyo objetivo era identificar los EMTs presentes en estudiantes con dependencia emocional hacia su pareja. Esta investigación arrojó la vulnerabilidad cognitiva de estas personas, constituida por los esquemas de desconfianza/abuso e insuficiente autocontrol (Jaller Jaramillo, Lemos Hoyos, & Grupo de Investigación Psicología, 2009)

Young (1999) sostiene que el estilo de crianza que promueve la adquisición y el desarrollo del esquema de desconfianza/abuso, es aquél donde los cuidadores se caracterizan por ser fríos, negligentes, que promueven el abuso, la soledad, el desapego y en su esencia son impredecibles. Lo anterior, trae como consecuencia, una percepción del contexto como hostil, en el que el daño o la amenaza es contemplado como una conducta intencional o como el producto de un extremo desinterés e injustificadas omisiones, produciéndose de esta manera, la sensación de que siempre se obtiene lo peor y que terminará siendo víctima de mentiras, traiciones, humillaciones o abusos. Lo cual se constituye en la evidencia de la existencia de un apego ansioso ambivalente, donde no se observa a las figuras disponibles.

Por último, se debe mencionar la estrategia de afrontamiento de autonomía, la cual se halla hipodesarrollada y se encuentra definida como la tendencia a responder ante una demanda o

situación adversa con la búsqueda independiente de soluciones, sin contar con su red de apoyo. El hipodesarrollo de esta estrategia se puede observar en comportamientos de aferramiento hacia su pareja y la búsqueda constante de atención, así como en el cambio de planes, debido a que presenta un patrón que gira alrededor de su pareja, hasta el punto de sacrificar sus proyectos previos con el objetivo de satisfacerla. (Citada en Lemos Hoyos, Jaller Jaramillo, González Calle, Díaz León, & De la Ossa, 2012)

11.7. Comorbilidad Clínica

La relación clínica entre ansiedad y depresión ha sido sistemáticamente reportada en la literatura e investigaciones científicas (Clark y Watson, 1991, 1995; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Lambert, McCreary, Joiner, Schmidt y Lalongo, 2004). La naturaleza de este vínculo se ha explorado desde enfoques psicométricos, p. ej. el tripartito de Clark y Watson (1991), desde el modelo de procesamiento de la información, tal y como lo plantea la Terapia Cognitiva de Beck (1989), desde la perspectiva de la indefensión o desesperanza aprendida de Alloy, Mineka, Kelly y Clements (1990) y desde el enfoque estructural y jerárquico, los tres factores de Barlow (2000).

En la mayoría de los casos, los estudios realizados sobre comorbilidad demuestran que el inicio de la ansiedad precede a la depresión (Rohde et al, 1991). Con el propósito de explicar la coocurrencia de estos dos cuadros clínicos se han desarrollado diversos modelos teóricos con el fin de abordar tanto los elementos comunes como de aspectos diferenciadores. Según el modelo de Clark y Watson, la ansiedad y depresión tienen como factor común, el afecto negativo, mientras que la activación fisiológica y la anhedonia son propias de la ansiedad y la

depresión respectivamente. Por su parte Beck (1989;2004) se centra en el análisis y en la descripción de las características cualitativas a nivel cognoscitivo y fenomenológicas, encontrando que la ansiedad gira en torno a la anticipación de amenaza mientras que la depresión se presenta alrededor de desamparo, pérdida y minusvalía. Por otro lado, está el modelo propuesto por Alloy, Mineka, Kelly y Clements (1990) que propone un examen de los términos cognoscitivos bajo diátesis estrés, constituido por la incertidumbre, la indefensión y la desesperanza. Con relación a lo anterior, la ansiedad es el resultado de la sumatoria entre la indefensión y la incertidumbre, mientras que la depresión es el resultado de la indefensión y la desesperanza. Para finalizar, en un intento por integrar las teorías y los postulados ya existentes, Barlow (2000) propone el modelo jerárquico de los tres factores, donde tanto la ansiedad como la depresión tienen en común la vulnerabilidad genética y neurobiológica, y una psicológica generalizada, caracterizada por contar con la presencia de un bajo nivel de predicción y de control percibido. (Citado en González Cifuentes, De Greiff, & Avendaño Prieto, 2011)

El concepto de Indefensión fue introducida por Seligman y Maier (1967), los cuales identificaron una serie de indicadores que parecían constituir el síndrome, estos son: (a) Los animales no iniciaban respuesta de escape en presencia de los choques eléctricos; b) No generaban aprendizaje tras haber experimentado una respuesta de escape reforzada, evidenciando un déficit cognitivo; c) Pasividad durante los choques, déficit afectivo-emocional. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) fueron los encargados de reformular la teoría de indefensión aprendida, sintetizándola de esta manera: (1.) La depresión consiste en cuatro tipos de déficits: cognitivo, motivacional, afectivo y de autoestima. (2.) Cuando los

resultados son deseados posee una probabilidad baja de ocurrencia, mientras que los aversivos ocurren con mayor prevalencia. (3.) La cronicidad del cuadro dependerá de la estabilidad de dicha atribución y la autoestima baja se encontrará determinada por la internalidad de la misma. (4.) La intensidad de los déficits está relacionado con la fuerza y la certeza con la que se encuentra el grado y la expectativa de incontrolabilidad. (González Cifuentes, De Greiff, & Avendaño Prieto, 2011)

Con relación a la dependencia emocional, se debe exponer que se encuentra relacionada con episodios de depresión mayor ante las pérdidas y con la mala calidad en los vínculos afectivos. La probabilidad de aparición de un Trastorno Depresivo Mayor se estableció entre 10 y 25 veces más alta que en la población sin estas características de personalidad (Cano, 2006) (Citado en Londoño Arredondo & Zapata Echevarría, 2007).

11.8. Técnicas de Intervención

Durante la intervención se emplearon técnicas cognitivas, conductuales y cognitivo-conductuales, con el propósito de disminuir el malestar generado en la paciente causado por los problemas identificados en la misma. A continuación se definirán alguna de las técnicas que se consideraron de vital importancia por la finalidad en su empleo o por el impacto con respecto a incrementar el bienestar y la calidad de vida en KH.

Técnicas Cognitivas y Conductuales

Control y programación de las actividades/ Dominio-Agrado

Consiste en asignarle a la paciente, la elaboración de un cuadro donde pueda registrar en los días de la semana y las horas de cada día, las actividades realizadas. En el caso, se empleó para medir y analizar el placer y el dominio obtenido frente a la ejecución de las mismas, por

una parte y por la otra, para disminuir la anhedonia, por medio de la realización de actividades placenteras, el incremento de refuerzos positivos y la autoeficacia percibida. También, se utilizó para valorar el nivel de energía de la paciente, cuando en el transcurso de la intervención, se sospechaba de un episodio maniaco. (Beck J. S., 2008).

Distracción y Refocalización

En la mayoría de los casos, se entrena al paciente a que evalúe su pensamiento automático en el momento en que éste se presente, de tal manera, que al instante pueda modificar la respuesta cognitiva identificada. No obstante, en ciertos eventos, esta estrategia no es funcional, ya que lo que demanda la situación es una Refocalización de la atención, ya sea por medio de la distracción, la ocupación de la mente o la lectura de una tarjeta de apoyo. (Beck J. S., 2008) En el caso, esta técnica fue recomendada para el contexto laboral, debido a que los pensamientos automáticos de KH interferían con la ejecución de sus deberes contractuales. Donde se le indicaba a la paciente, concentrarse en la tarea inmediata, prestando atención de forma voluntaria a las acciones que debía realizar en su trabajo.

Técnica Reatribucional o del “pastel”

Esta herramienta de intervención es útil para apoyar al paciente a establecer objetivos o para determinar responsabilidad con relación a una situación (Beck J. S., 2008). En el caso abordado en este estudio, se empleó para el segundo objetivo, dentro de las características de la paciente y su sintomatología se encontraba la responsabilidad excesiva frente a lo ocurrido en su relación, en especial a su ruptura. Esta técnica fue de gran ayuda y causó un impacto relevante en la disminución de la culpabilidad en la consultante.

Tareas para el hogar

Para Aaron Beck (1979) “las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva” (Citado en Beck J. S., 2008, pág. 293), debido a que una de sus funciones o finalidad es extender o generalizar las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales a toda la semana del paciente, incrementando los aprendizajes de la sesión y proporcionando una sensación de autosuficiencia en el mismo. También, son útiles para crear conexión entre las sesiones, unificando el objetivo tratado en la consulta actual con el objetivo estipulado para la próxima. Por otro lado, para el establecimiento y la asignación de las mismas deberá tenerse en cuenta las características individuales de la persona, darle una explicación que incluya los objetivos y que fomente el interés y la probabilidad de ejecución. (Beck J. S., 2008)

Re-estructuración cognitiva

Técnica primordial en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983) y la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Ellis, 1962/ 1970; Ellis y Grieger, 1977/ 1989). Esta herramienta de intervención tiene como objetivo, identificar y modificar las cogniciones desadaptativas y disfuncionales de la paciente, a través de distintos procedimientos. Tales como: el registro diario de pensamientos automáticos, la entrevista y los autorregistros. Según las autoras María Xesús Froján-Parga y Ana Calero-Elvira (2011), la reestructuración cognitiva puede analizarse o comprenderse como un proceso de condicionamiento verbal en el cual la conducta verbal del psicoterapeuta en consulta cumple una función discriminativa, reforzante, motivadora, que va moldeando el pensamiento y el comportamiento del paciente.

El modelado encubierto

Es una de las técnicas basadas en la teoría de aprendizaje social propuesta por Bandura (1969) y consiste en el aprendizaje de nuevas reacciones o en la modificación de respuestas ya establecidas, por medio de la observación de manera imaginativa de la conducta de un modelo y de sus consecuencias obtenidas. El autor de esta herramienta de intervención es Cautela (1971), quien adaptó al condicionamiento encubierto los procedimientos de la técnica del modelado, con el propósito de emplearla en los pacientes que tenían dificultades para imaginarse a sí mismos teniendo determinados comportamientos, pero lo hacían sin problema con otras personas. (Caballo V. E., 1998)

Psicoeducación

El Doctor Juan Manuel Bulacio et al., define la psicoeducación como una herramienta que implica un proceso, cuyo objetivo principal es ofrecer a los pacientes la oportunidad de favorecer y fomentar sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de una manera funcional, por medio de la orientación hacia el incremento de la comprensión con relación al problema, patología o malestar clínicamente significativos, por una parte y por la otra, al tratamiento o a la intervención planteada. De esta manera, se contribuye con el mejoramiento de la calidad de vida y la adquisición de bienestar. Cabe resaltar que la psicoeducación puede emplearse como un potenciador o catalizador de las distintas etapas del tratamiento, debido a que dentro del contenido se incluyen los siguientes aspectos: A) El diagnóstico y sus implicancias. El caso se realizó psicoeducación de los tres problemas identificados alteración el estado de ánimo, de tipo depresogenico; respuestas de ansiedad; problemas en la relación de pareja, por una parte y por la otra, a los resultados obtenidos del proceso de evaluación:

trastorno obsesivo compulsivo, distimia y características de personalidad, haciendo énfasis en los síntomas y signos. B) La necesidad de realizar un tratamiento integral que incluya las quejas cognitivas, fisiológicas, comportamentales, relacionales y contextuales. C) Los elementos (evaluación e intervención) y principios de la terapia cognitiva conductual. D) La importancia de una interconsulta con psiquiatría y de su adhesión al tratamiento. Además, de los cuidados pertinentes, tales como: la no suspensión ni modificación arbitraria del tratamiento asignado por el/la especialista; el uso de alcohol. (Bulacio, S.f.)

Técnicas de Relajación

Ante de entrar a conceptualizar las técnicas, se hace necesario definir el término de relajación, que se ha relacionado estrictamente a su correlato fisiológico, en otras palabras, a la ausencia de tensión muscular. Es decir, consiste en un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo somático y autónomo- lo psicológico son componentes como causa y como producto, lo anterior, según palabras del autor Turpin (1989). También existen diversas perspectivas conceptuales para abordar este concepto, donde se han desarrollado investigaciones y estudios, estos son: procesos emocionales, de aprendizaje y motivacionales. A continuación describiremos algunas de las técnicas contempladas en este marco. (Caballo V. E., 1998). Por otro lado, Titlebaum (1988) sostiene que la relajación tiene tres objetivos, estos son: 1) como estrategia de prevención, debido a que está orientada a la protección de los órganos del cuerpo relacionados con el estrés; 2) como herramienta de intervención, con la finalidad de promover el alivio, la distensión y los síntomas somáticos; 3) como afrontamiento ante las situaciones adversas, con el objetivo de facilitar la claridad de los pensamientos.

Peveler & Johnston (1986) descubrieron que la memoria es más accesible con respecto a la información positiva cuando la persona está relajada. (Payne, 2005)

Por otro lado, la ansiedad puede manifestarse a través de tres modos: lo somático o fisiológico; lo cognitivo o mental; lo conductual o las acciones observables. La hipótesis de los “efectos específicos” de Davidson & Schwartz (1976) sostiene y argumenta que el tratamiento será más efectivo en la medida de que opere en el mismo modo en que se presente las respuestas ansiosas. Por ejemplo, si el/la paciente tiene un dolor de cabeza causado por la tensión, responderá de forma favorable, si se interviene con herramientas de intervención basadas en método somático (Payne, 2005). Es así como podemos encontrar que en las técnicas físicas y mentales se hallan: la relajación muscular progresiva de Jacobson (1938); la versión modificada y actualizada de Bernstein & Borkovec (1973); relación pasiva de Everly & Rosenfeld (1981); métodos de respiración; ejercicios, entre otros. Mientras los métodos considerados psicológicos son: el conocimiento de uno mismo, la visualización, la visualización dirigida hacia el objetivo, la meditación, el entrenamiento autogénico (1969) y la respuesta de la relajación de Benson (1976).

La relajación muscular progresiva de Jacobson (1938)

Esta técnica consiste en la combinación de <<tensor-relajar>>, en otras palabras, la contracción y el aflojamiento del conjunto de músculos particulares. Este proceso es activo, ya que se considera un ejercicio físico. Por otro lado, durante sus investigaciones Jacobson descubrió que el pensamiento tenía conexión con el estado del sistema muscular. Por tal motivo, propuso que una musculatura relajada podía provocar la tranquilidad de los

pensamientos y la disminución de la actividad simpática, considerando como tarea, hallar una estrategia con el propósito de inducir la pérdida de tensión en los músculos. (Payne, 2005)

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Aunque Meichenbaum, Butler y Grudson (1981) afirman que es imposible responder a la pregunta: ¿qué es una competencia social?, ya que es parcialmente dependiente al contexto. La habilidad social debe contemplarse dentro de un marco cultural y sociodemográfico. Además, el nivel de efectividad demostrado por una persona estará determinado por lo que desea lograr en el evento específico. Lo que significa, que la conducta apropiada en una situación, puede significarse como inapropiada en otras. Según Linehan (1984) se pueden identificar tres tipos básicos de consecuencia para habilidad social: 1) la eficacia para alcanzar los objetivos de la respuesta. 2) la eficacia para mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción. 3) la eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa. A continuación se presentará algunas definiciones importantes sobre el concepto tratado en este apartado:

Tabla 16 Definición de Habilidad Social

AUTOR/AÑO	DEFINICIÓN
Libet y Lewinsohn, 1973, p. 304	<i>“La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás”</i>
Rich y Schroeder, 1976, p. 1082	<i>“la habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento social”</i>
Hersen y Bellack, 1977, p. 512	<i>“la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”</i>
Alberti y Emmons, 1978, p.2	<i>“La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada,</i>

	<i>expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás”</i>
Phillips, 1978, p.13	<i>“El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. Con los demás en un intercambio libre y abierto”</i>
Kelly, 1982, p3.	<i>“Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento del ambiente”</i>
Trower, Bryant y Arglye ,1978, p.2	<i>“una persona puede considerarse socialmente inadecuada si es incapaz de afectar a la conducta y a los sentimientos de los demás en la forma en que lo intenta y la sociedad acepta”</i>
Fuente: elaboración propia basado en (Caballo V. E., Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, 2007, págs. 5, 6)	

Dentro de la ciencias sociales existe el dilema entre lo molar-molecular en el cual se basa cualquier proceso de evaluación (Citado en Caballo, Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, 2007). Lo anterior, no sería una excepción en la habilidad social, siendo comprendidos estos dos niveles de la siguiente manera: las categorías molares son un tipo de competencia general que supone la presencia de una variedad de componentes moleculares. Por ejemplo, la habilidad heterosocial, implica el contacto ocular, el volumen de la voz, entre otros. Es así como, varios autores están de acuerdo en enumerar los siguientes componentes de la habilidad social, estos son: conductual, cognitivos y fisiológicos. Los primeros consisten en aquellos que se pueden observar y por consiguiente, cuantificar. Estos a su vez se encuentran divididos: en verbales, no verbales y paralingüísticos; Los segundos consideran a las personas como un sujeto activo, intencional, en una interacción continua con la situación, es decir, suele verse afectada por los sucesos que la rodean, pero también influye los acontecimientos en los que se encuentra y contribuye en la modificación de los mismos, tanto para sí como para los otros. Entre éstos se destacan: percepciones sobre ambientes de

comunicación; La evaluación cognitiva por parte del sujeto de las situaciones, acontecimientos y estímulos están influenciados por un sistema integrado por abstracciones y concepto del mundo, incluyendo aquellos con relación a sí mismos. Mischel (1973, 1981) sugirió que los procesos cognitivos deberían discutirse en términos de competencias cognitivas, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos, y sistemas y planes de autorregulación; en tercer lugar, se encuentran los componentes fisiológicos, este elemento ha sido la variable con menos estudios, los componentes más investigados son: la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración (Caballo V. E., Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, 2007)

Entrenamiento en Resolución de Problemas

En su investigación La Técnica de Solución de Problemas Aplicada a la Depresión Mayor, el autor Fernando L. Vázquez González (2002) intenta comprobar la hipótesis de que la TSP para este cuadro clínico deberá producir una disminución significativa de la sintomatología depresiva. Una de la teoría de base para este estudio fue la planteada por Nezu (1986, 1987), el cual sostiene que los factores de desarrollo de la depresión se encuentran en la experiencias específicas de la vida, los sucesos adversos de la cotidianidad, las reacciones depresivas que se originan a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento. Por otro lado, es importante mencionar que el término afrontamiento para D´Zurilla y Nezu (1999) hace referencia al conjunto de actividades cognitivas y conductuales que tiene una persona y ésta a su vez emplea, con el propósito de hacerle frente o manejar un acontecimiento problemático y

estresante. Por lo tanto, para estos teóricos un déficit en estos recursos constituye un factor de vulnerabilidad para la depresión. (Vásquez González, 2002)

Según D´Zurilla y Nezu (1999), la solución de problemas se encuentra conformada por cinco habilidades. Que son: 1) la orientación hacia el problema, donde se contempla la manera de cómo la persona considera sus competencias para afrontar una situación adversa. 2) la definición de problema, vinculada con la conceptualización concreta, detallada, descriptiva y específica del mismo, acompañado por el establecimiento de objetivos claros, medibles y alcanzables. 3) la generación de soluciones alternativas, implicar la producción de una lluvia de ideas con respecto a soluciones creativas con la finalidad de solventar las demandas o exigencias de los eventos, o que permitan el alcance los objetivos planteados; cabe resaltar que en esta habilidad se descarta el realizar o emitir juicios acerca de la eficacia de los métodos de soluciones pensados. 4) la toma de decisiones, esta fase lleva consigo un proceso sistemático para elegir la mejor propuesta de solución de la lista generada. 5) Práctica y evaluación de la alternativa elegida, incluye la planificación y la ejecución de las soluciones, llevando a cabo una valoración posterior del éxito o fracaso de la misma. (Areán, 2000)

12. Análisis e Interpretación del Caso

El presente estudio de caso (EC), titulado Comorbilidad Clínica entre Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Depresivo Persistente y Características de Personalidad Dependiente. Una Perspectiva Cognitivo-Conductual, tiene un diseño basado en el modelo empírico analítico, de tipo mixto (cualitativo-cuantitativo), ya que pretende realizar una descripción detallada sobre el caso elegido, realizando la presentación de la variable definida para el EC, que es el proceso psicoterapéutico desde el modelo cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica, y el resultado de la interacción de los elementos que la conforman.

Para llevar a cabo este ejercicio de investigación y aprendizaje, se seleccionó a una joven femenina de 29 años edad, quien al inicio del proceso se encontraba en unión libre, sin embargo, en el transcurso de la misma, cambio su estado civil a soltera. Su nivel de formación es Magister en Licenciatura en Inglés. La paciente acude a consulta de forma voluntaria, quien expresa desde la primera sesión su interés por trabajar en sus problemas de pareja, sus respuestas ansiosas y su estado de ánimo, cuyo elemento relevante es el duelo patológico tras la muerte de su padre. Se observa desde el inicio del proceso, con presentación personal acorde a su edad cronológica y nacionalidad (estadounidenses). Su actitud se caracterizó por ser activa, colaboradora, participativa y abierta en el transcurso de las entrevistas, aplicación de pruebas, tareas asignadas y demás actividades.

La selección del caso para dicho estudio obedeció a los siguientes criterios: 1) La aprobación del consentimiento informado de la paciente para poder emplear los datos, analizarlos y publicarlos para la obtención del título a magister; 2) El compromiso que la paciente demostró

en la asistencia a las sesiones y la realización de las tareas asignadas. También, se observó en la inasistencia, debido a que llamaba al centro de atención psicológica para presentar sus motivos. 3) Los avances obtenidos en la evaluación, diagnóstico e intervención. La elección se llevó a cabo teniendo en cuenta los pacientes atendidos en el Centro de Atención Psicológica Santa Rosa de Lima en la ciudad de Barranquilla. Donde la psicóloga en formación clínica, realizó psicoterapia basada en el enfoque cognitivo conductual.

Por otro lado, es relevante resaltar el empleo del método de caso único, debido a que posibilita la evaluación, el análisis y la descripción de las características individuales de una paciente joven y la forma en que su historia de vida ha influido en la conformación de los problemas identificados y su relación, de los esquemas nucleares y la comorbilidad clínica que alterna su peso entre trastornos de la conducta y de la personalidad. De la misma manera, este tipo de investigación, promueve la exploración, el reconocimiento y la comprensión de las quejas de la paciente, los factores de desarrollo que influyen en el inicio y curso del malestar, facilitando la construcción de la conceptualización o perfil cognitivo que intervienen en el mantenimiento de la problemática. Por último, los resultados arrojados por este estudio de casos posibilitará la postulación de nuevas posturas de evaluación, diagnóstico y tratamiento para el abordaje y el manejo de los temas tratados.

Lo anterior, con la finalidad de evidenciar a lo largo del estudio de casos, la variable definida como: el proceso psicoterapéutico desde el modelo cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica, entendiendo que tanto en la psicología como en la psiquiatría, el término comorbilidad hace referencia o alusión a las siguientes situaciones: a) la presencia de uno o más trastornos, cuadros clínicos o problemas que merezcan atención clínica, además de la enfermedad,

trastorno primario, motivo de consulta o diagnóstico principal; 2) al efecto de los trastornos o enfermedades adicionales. Sin embargo, en la especialización médica, también puede revelar la incapacidad en una circunstancia dada para identificar o asignar un único diagnóstico que reúna todos los síntomas o criterios. Cabe resaltar que este concepto fue acuñado por AR Feinstein en 1970. (Bonilla Cortés, 2012). Por otro lado, el Centro de Políticas de Salud de Manitoba (Manitoba Centre For Health Policy, 2013), conceptualizó la comorbilidad como una condición médica que incrementa el riesgo de muerte de un paciente, además, de una condición más significativa de sus síntomas; La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que se trata de la ocurrencia simultánea de dos o más patologías en una misma persona. (Citado en Avila Smirnow, 2007)

Por otra parte, se hace necesario enfatizar uno de los principios de la terapia cognitiva (TC) expuestos por Judith S. Beck (2008), la TC tiene como base la formulación dinámica del paciente y sus problemas conceptualizados en términos cognitivos, teniendo en cuenta, la identificación de los pensamientos, la discriminación de los factores desencadenantes, el planteamiento de hipótesis con relación a los acontecimientos claves en la historia personal y los modelos persistentes de interpretación empleados por la paciente frente a estas situaciones. También, esta autora resalta que dentro de la formación de un terapeuta cognitivo, el desarrollo de los conocimientos técnicos se puede describir en tres etapas: 1) aprender a estructurar la sesión, empleando técnicas básicas y la habilidad para conceptualizar en términos cognitivos teniendo como base la evaluación inicial y los datos obtenidos en las sesiones; 2) integrar la conceptualización, identificando los objetivos de intervención más

importantes; 3) Dinamizan la conceptualización, basándose en la confirmación o modificación de sus hipótesis.

Teniendo en cuenta lo anterior, el análisis y la interpretación de este caso se realizó en los siguientes apartados (pág. 78-115): 7. Proceso de Evaluación; 8. Conceptualización y formulación clínica; 9. Diseño del plan de intervención. De esta manera, se relacionó los elementos de la historia clínica con los aspectos teóricos definidos en la variable de estudio elegida (Comorbilidad Clínica)

13. Discusión y conclusión

Por medio del presente estudio de caso único, se analizó el proceso psicoterapéutico desde el modelo cognitivo-conductual ante la comorbilidad clínica, planteando objetivos orientados al proceso de evaluación, conceptualización cognitiva, formulación clínica y el plan de intervención. Por tal motivo, se hace relevante en primera instancia, resaltar la importancia de la metodología de investigación elegida, ya que posibilitó la aplicación de los principios que regulan la psicoterapia bajo este enfoque.

Cabe resaltar que durante la construcción del marco teórico para este estudio de casos, se logró evidenciar una prevalencia significativa con relación a la comorbilidad existente entre la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad. Dentro de los artículos revisados, se observó una mayor probabilidad de encontrar sintomatologías combinadas que exigen multiabordajes (combinación de técnicas psicológicas diferentes), en comparación con la existencia de pacientes con un cuadro clínico específico en el ejercicio clínico. (Serrano Ramírez & Abello Luque, 2011)

Por otro lado, a partir de los objetivos se pudo evidenciar la necesidad de realizar la identificación y descripción de los componentes históricos, evolutivos y de desarrollo que configuraron la relación de simultaneidad entre los trastornos de la conducta y la organización de características de personalidad inflexible presentes en la paciente. Teniendo en cuenta, las características de la evaluación psicológica (EP) mencionadas por Rocío Fernández-Ballesteros (2013): 1) la EP se alimenta de las teorías de las diferencias individuales, de la personalidad, cognitiva, del aprendizaje, entre otros. 2) la EP está dirigida al estudio científico

de un individuo, verificando si los principios generales de la psicología se cumplen en el/la paciente.

Así mismo, se corrobora la relevancia de conceptualizar desde el modelo cognitivo-conductual, las alteraciones afectivas, emocionales y la configuración de la personalidad disfuncional, logrando de esta manera, establecer la relación clínica. Lo anterior, se encuentra argumentado en el siguiente manifiesto: “la terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos” (Beck J. S., 2008, pág. 24).

Donde se resalta la existencia de tres marcos de tiempo: a) presente: pensamientos y comportamientos problemáticos; b) pasado: factores desencadenantes; c) formulación de hipótesis con relación a eventos claves y a modelos de interpretación persistentes, por una parte y por la otra, se halla sustento en la definición de la conceptualización cognitiva como marco de referencia que provee los elementos necesarios al terapeuta para comprender al paciente.

Encontrando fundamento en este marco de referencia (conceptualización cognitiva y formulación), se diseñó el plan de intervención de KH orientado a la resolución de la organización clínica entre los predominios de los trastornos afectivos-emocionales y de la personalidad. En otras palabras, “El tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo- un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente- para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos” (Beck J. S., 2008, pág. 19)

En consonancia con los objetivos formulados, se puede concluir que:

A través de la descripción de los elementos históricos, evolutivos y de desarrollo de los problemas actuales de la paciente, se pudo evidenciar el inicio en los primeros años de vida de KH, teniendo como argumento la identificación de inconsistencia en los estilos de crianza y los vínculos afectivos establecidos con las diferentes figuras de apego, teniendo por un lado a una madre distante, exigente, crítica y autoritaria y por el otro lado, a un padre afectuoso, cercano y proveedor, demostrando una actitud complaciente frente a sus demandas. Lo anterior, se reconoce como un factor predisponente para la estructuración maladaptativa de la paciente, resaltando que desde su infancia, las necesidades afectivas se vieron frustradas, acontecimiento reforzado por medio de experiencias a lo largo de su ciclo vital, lográndose la constitución de EMTs, tales como: Inamabilidad, privación emocional y abandono.

La configuración y presencia de estos esquemas se corrobora a través de los postulados teóricos realizados por Young (2003), donde se encuentra la definición del esquema de privación emocional como la: “expectativa de que el propio deseo de conexión emocional no será debidamente satisfecho”, Identificando en la paciente dos de las tres formas expuestas: (1) privación de *cuidados* (la ausencia de afecto o atención); (2) privación de *empatía* (la ausencia de escucha o comprensión). Por otro lado, este mismo autor conceptualiza al abandono como: “la inestabilidad percibida de la propia conexión con otras personas significativas... las personas solo están presentes erráticamente, morirán o abandonarán al paciente por alguien mejor” (Young, Klosko, & Weishaar, 2013, pág. 45).

Es así como, se concluye que el estado de vulnerabilidad de KH, se configuró teniendo en cuenta los distintos tipos de factores de desarrollo, lo cuales se catalogan como: (1) predisponente: biológicos (temperamento neurótico), psicológico (inconsistencia en los estilos

parentales); familiar (alcoholismo del padre; depresión en la madre, persona perfeccionista, crítica y exigente); (2) adquisitivos: indefensión aprendida; condicionamiento, modelado y transmisión de la información; frustración tóxica de necesidades; auto concepto y ajuste social; aprendizaje cognitivo y teoría bifactorial; (3) desencadenantes, distal (p. ej. Eliminación del equipo de voleibol, cyberbullying, fallecimiento del padre), proximal (p. ej. Pérdida del negocio, ausencia de fuente de ingreso para L.), manifestándose en la sintomatología afectiva (depresión), emocional (ansiedad) y aportando a la configuración del esquema de Inamabilidad, sustentado por medio del esquema de abandono y privación emocional, el cual se asocia con las configuración de las características de la personalidad de dependencia.

De esta manera, se construyó una postulación teórica que permitiera conceptualizar la relación clínica de la sintomatología que alterna su peso entre patologías de la conducta y de la personalidad en la paciente, logrando diseñar un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual que le permitió a la terapeuta resolver las categorías de formulación clínica establecidas por el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente, brindando un proceso clínico y psicoeducativo sobre el afrontamiento de las conductas sintomáticas de primer orden y la re-estructuración de las condiciones cognitivas que actúan como base ante al sistema de creencias inflexibles.

14. Referencias Bibliográficas

- Aliaga Tovar, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce Díaz, C., Frisanzho León, A., & Enríquez Vereau, J. (2006). *Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas*. Recuperado el 17 de Marzo de 2019, de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238209>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR BREVARIO: Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5 ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Análisis del Perfil Cognitivo de un Paciente con Trastorno Adaptativo Mixto con Ansiedad y Estado de Animo Depresivo*. (s.f.). Obtenido de Uninorte.
- Areán, P. A. (2000). Terapia de Solución de Problemas para la Depresión: Teoría, Investigación y Aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559. Recuperado el 7 de Agosto de 2019, de https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Arean2/publication/268047407_TERAPIA_DE_SOLUCION_DE_PROBLEMAS_PARA_LA_DEPRESION_TEORIA_INVESTIGACION_Y_APLICACIONES/links/594816210f7e9b1d9b231691/TERAPIA-DE-SOLUCION-DE-PROBLEMAS-PARA-LA-DEPRESION-TEORIA-INVE
- Arias, A., & Toro, R. (julio-diciembre de 2015). Personalidad Cognitiva y Afrontamiento Diferencial en Ansiedad y Depresión. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(2), 49-59.
- Asociación Educar. (s.f.). *Neurociencias y Liedrazgo "Neuroliderazgo: Bases de la Neurosicoeducación aplicadas a las organizaciones. Clase 10*. Buenos Aires.
- Avila Smirnow, D. (2007). ¿Qué es la Comorbilidad? *Revista Chilena de Epilepsia*, 49-51.
- Bandura, A., & Ribes Iñesta, E. (1975). *Modificación de la Conducta: análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas: Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (2004). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Lectulandia.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19 ed.). Bilbao: Deaclée de Brouwer.
- Beck, J. S. (2008). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Buenos Aires: Gedisa.
- Belloch Fuster, A., & Fernández-Álvarez, H. (S.f.). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología* (Vol. II). Madrid • Bogotá • Buenos Aires • Caracas • Guatemala • Lisboa • México: Mc Graw Hill.

- Berio Garcia, N., & Luciano Restrepo, D. (2017). Instrumentos de Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo: Revisión. *Revista Poesis*, 101-115.
- Bocanegra Sandoval, J. (2018). *Disfuncionalidad Familiar como Factor de Vulnerabilidad a Crisis de Identidad y Desórdenes Afectivos y Emocionales en un Paciente Adolescente. Estudio de Caso Único*. Barranquilla: Universidad del Norte, Trabajo de Grado.
- Bonilla Cortés, C. (31 de 08 de 2012). *Comorbilidad en la Psicología y la Psiquiatría*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de Clínica Integral de Psicología y Psicoanálisis:
<https://www.psicologosencostarica.com/comorbilidad-en-la-psicologia-y-la-psiquiatria/>
- Bulacio, J. M. (S.f.). *Fundación ICCAP: Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Obtenido de Uso de la Psicoeducación como Estrategia Terapéutica.:
http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (Vols. Formulación Clínica, Medicina Conductual y Trastornos de Relación). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calderón Rodríguez, M. (2012). *Aprendiendo sobre las Emociones: Manual de Educación Emocional* (Primera ed.). San José: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana.
- Calero, P. (12 de Marzo de 2018). *Los Conflictos de Pareja*. Obtenido de Psicología-Online:
https://www.psicologia-online.com/los-conflictos-de-pareja-2366.html#anchor_5
- Castelló Blasco, J. (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Madrid: Alianza.
- Castelló Blasco, J. (S.f.). Análisis del Concepto "Dependencia Emocional". *Ponencia expuesta en el I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado el 05 de Mayo de 2019
- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (10 de Julio de 2013). *Revisión Teórica sobre el Autoconcepto y su Importancia en la Adolescencia*. Recuperado el 18 de marzo de 2019, de Revista Electrónica de Investigación y Docencia: <file:///C:/Users/Naimara/Downloads/991-3283-1-SM.pdf>
- Chang, D. &. (2004). *Resolución de problemas*.
- Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de Entrevista Para Terapeutas*. España: Descleé de Brouwer.

- Costa, M., & Serrat-Valera, C. (1985). *Terapia de Parejas: Un Enfoque Conductual*. Madrid: Alianza Territorial.
- Cova Solar, F. (2004). *La Psicopatología Evolutiva y Los Factores de Riesgo y Protección: El Desarrollo de una Mirada Procesual*. Recuperado el 14 de 03 de 2019, de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <https://www.redalyc.org/html/264/26413107/>
- Cursos Educación. (3 de noviembre de 2016). *Psicología: Manejo de Contingencias*. Recuperado el 7 de abril de 2019, de Medium Corporation: <https://medium.com/cursos-educacion-social/psicolog%C3%ADa-manejo-de-contingencias-25c50db5eb47>
- Díaz Sanjuán, L. (2011). *La Observación*. Recuperado el 04 de 03 de 2019, de Libros UNAM: <http://www.ellibroylarosa.unam.mx/handle/123456789/1277?show=full>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*.
- Fernández- Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica: Conceptos, Métodos y Estudios de Casos* (Segunda Edición ed.). Madrid: Pirámide.
- Fernando Oviedo, G., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Borda Bohigas, J. P., & Tamayo Martínez, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 127-134.
- Ferrer Botero, A. (2016). La Entrevista Exploratoria, Primeras Citas, Organización de Datos, Formulación de Casos y el Plan de Tratamiento desde la Terapia Cognitiva. En A. R. Russo de Sánchez, O. P. Barón Buitrago, A. Mendoza Raad, A. Ferrer Botero, J. H. Vanegas Osorio, & M. Ventura de Chapaval, *Temas en Psicología Clínica* (págs. 60-109). Barranquilla: Universidad del Norte.
- Fierro Urresta, M. A. (2008). *Semiología del Psiquismo*. Colombia: Marco Fierro.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Efficacy of Cognitive-Behavior Therapy for Mental Disorders. *MedClin*, 2-5. doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017
- Gantiva Díaz, C. A., Luna Viveros, A., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (enero-junio de 2010). Estrategias de Afrontamiento en Personas con Ansiedad. *PSYCHOLOGIA: AVANCES DE LA DISCIPLINA*, 4(1), 63-70.
- García Mantilla, M. G. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional*. Madrid: Universidad de Complutense.
- García-Peña, C., Vázquez-Estupiñan, F., Avalos-Pérez, F., Robles Jiménez, L. V., Sánchez-García, S., & Juárez-Cedillo, T. (2015). Clinical effectiveness of group cognitive-behavioural therapy for depressed older people in primary care: A randomised controlled trial. *Salud Mental*, 38(1), 33-39. doi:en trámite
- Giménez, A., Belloch, A., Morrillo, C., Carrío, C., & Cabedo, E. (2004). Creencias Disfuncionales Asociadas a Síntomas Obsesivo-Compulsivos: Una Aproximación a la Especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1).

- González Cifuentes, C. E., De Greiff, E., & Avendaño Prieto, B. L. (2011). Comorbilidad entre Ansiedad y Depresión: Evaluación Empírica del Modelo Indefensión Aprendida. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 59-72.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M., & Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre: Relaciones con Variables Psicopatológicas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(1), 81-101.
- Goñi Palacios, E., & Fernández Zabala, A. (2007). *Los Dominios Social y Personal del Autoconcepto*. Recuperado el 18 de marzo de 2019, de Revista de Psicodidáctica: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/7098/Rev.%20Psicodidactica%2012%282%29%20-%20179-194.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (Octubre de 2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- Jaller Jaramillo, C., Lemos Hoyos, M., & Grupo de Investigación Psicología, S. y. (noviembre de 2009). Esquemas Desadaptativos Tempranos en Estudiantes Universitarios con Dependencia Emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 77-83. Recuperado el 5 de Mayo de 2019
- Jiménez Morales, J. (S.f.). *El Conflicto en la Pareja*. Obtenido de Psicoactiva: <https://www.psycoactiva.com/blog/el-conflicto-en-la-pareja/>
- JiménezMaldonado, M. E., GallardoMoreno, G. B., VillaseñorCabrera, T., González, & Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. Recuperado el 7 de Abril de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187008.pdf>
- Keawe'aimoku Kaholokula, J., Bello, I., Nacapoy, A. H., & Haynes, S. N. (S.f.). *Evaluacion Conductual y Análisis Funcional*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de [www.conducta.org: http://conducta.org/assets/pdf/Haynes_Evaluacion_Conductual_y_Analisis_Funcional.pdf](http://conducta.org/assets/pdf/Haynes_Evaluacion_Conductual_y_Analisis_Funcional.pdf)
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: McGraw Hill.
- Korman, G. P., & Sarundiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lemos Hoyos, M., Jaller Jaramillo, C., González Calle, A. M., Díaz León, Z. T., & De la Ossa, D. (Abril-Junio de 2012). Perfil Cognitivo de la Dependencia Emocional en Estudiantes Universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395-404. doi:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64723241004>
- Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H., & Zapata Echavarría, J. A. (Enero-Diciembre de 2007). *Distorsiones Cognitivas en Personas con Dependencia Emocional*. Recuperado el 17 de Marzo de

2019, de Informes Psicológicos:

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1707/1650>

Londoño A., N. H. (Julio de 2010). Validación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología*, 25(2), 138-162.

Londoño Arredondo, N. H., & Ramírez Posada, M. I. (julio-diciembre de 2005). Creencias Centrales en Pacientes Diagnosticados con Trastornos del Estado de Ánimo Depresivos en una Muestra Colombiana. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 95-105.

Londoño Arredondo, N. H., & Zapata Echevarría, J. A. (Enero-Diciembre de 2007). Distorsiones Cognitivas en Personas con Dependencia Emocional. *Informes Psicológicos*(9), 55-69. Recuperado el 5 de Mayo de 2019

López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., & Jaime L., M. (2011). Funcionamiento Familiar, Creencias e Inteligencia Emocional en Pacientes con Trastornos Obsesivo-Compulsivo y sus Familiares. *Salud Mental*, 111-120.

López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., M. Rondón, J., & Alfano, S. M. (2003). Schematic-guides for professionals to treat personality disorders, from the model of young, klosko and wheishar.

López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2003). *Guías Esquemas de Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad para Profesionales, desde el Modelo de Young, Klosko y Wheiser*. Recuperado el 17 de marzo de 2019, de Scientific Electronic Library Online SciELO: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>

Martín, C. A., & Londoño, N. H. (2009). Perfil Cognitivo, Formato de Presentación de Resultados.

Mayo Clinic. (5 de Febrero de 2019). *Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/persistent-depressive-disorder/symptoms-causes/syc-20350929>

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Viedel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En Fernández-Abascal, M. F., & M. Chóliz, *Psicología de la Motivación y la Emoción* (págs. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.

Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias; Pontificia Universidad Javeriana; Datos, Procesos y Tecnología SAS. (Septiembre de 2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Obtenido de Medellín: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Eventos_1/Shared%20Content/Semana%20de%20la%20Salud%20Mental%202015/3.%20RESULTADOS%20ENCUESTA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%202015a.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias; Pontificia Universidad Javeriana; Datos, Procesos y Tecnología SAS. (Septiembre de 2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

- Morales, D. Y. (S.f.). *El Proceso del Diagnóstico Diferencial (T.D.A.H - Depresión- Trastorno Bipolar)*.
Obtenido de Psiquiatría y Psicopatología del Adolescente y su Familia:
<https://psicoadolescencia.com.ar/docs/5/final054.pdf>
- Moreno, N. (2009). *Las Distorsiones Cognitivas*. Recuperado el 16 de abril de 2019, de Nicolas Moreno Psicologo: http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre_distorsiones.php
- Moreno, P., Martín, J. C., García, J., & Viñas, R. (2008). *Guía del TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)*.
Recuperado el 17 de abril de 2019, de ansede.com-la web de la ansiedad: www.ansede.com
- Muñoz López, M., Roa Álvaro, A., & Pérez Santos, E. (2002). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*.
Madrid: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Octubre de 2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017- La Salud Mental en el Lugar de Trabajo*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Noviembre de 2019). *Trastornos Mentales*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Ortiz-Tallo, M. (2013). *Psicopatología Clínica: Adaptado al DSM-V*. Madrid: Pirámide.
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de Relajación, Guía Práctica* (Cuarta ed.). Badalona, España: Editorial Paidotribo.
- Psicoasesor. (06 de Mayo de 2016). *Características de la Personalidad Dependiente*. (2. Traducción española: DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid, Trad.)
Obtenido de El Psicoasesor: <http://elpsicoasesor.com/caracteristicas-de-la-personalidad-dependiente/>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Bogotá: Norma.
- Rodríguez Correa, P. (2008). *Ansiedad y Sobreactivación: guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Espala: Desclée de Brouwer.
- Roman, F. (11 de enero de 2015). *Personalidad Dependiente: 5 Formas de Depender*. Obtenido de Centrum: <https://www.centrumpsicologos.com/blog/personalidad-dependiente/>
- Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, Á. (Mayo de 2012). Eficacia de los Tratamientos Cognitivo-Conductuales en el Trastorno Obsesivo en Niños y Adolescentes, una Revisión Cualitativa. *Anales de Psicología*, 28(2), 313-326. doi:10.6018/analesps.28.2.121461
- Rousos, A. J. (noviembre de 2007). El Diseño de Caso Único en Investigación en Psicología Clínica. Un Vínculo entre la Investigación y la Práctica Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), 261-270. Obtenido de <http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/2733/roussos3.pdf?sequence=1>

- Roviria Salvador, I. (S.f.). *Trastorno Depresivo Persistente: Síntomas, Causas y Tratamiento*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/clinica/trastorno-depresivo-persistente>
- Sabino, C. A. (2002). *El Proceso de Investigación*. Venezuela: Panapo.
- Sánchez Rengifo, L. M. (2001). 2. Famillliograma-Genograma- Diagrama Vincular-Ecomapa. En E. d. Universidad del Valle: Facultad de Humanidades, *Evaluación y Trazado de la Estructura de la Familia. Evaluación del Conflicto Conyugal: Una Guía para Principiantes* (págs. 24-56). Universidad del Valle.
- Sanchez Sanchez, M. M. (2 de Julio de 2015). *Teoria de los Rasgos y Temperamentode Jurgen Eysenck*. Obtenido de Prezi: <https://prezi.com/w0mhemyyjrjh/teoria-de-los-rasgos-y-temperamento-de-jurgen-eysenck/>
- Sánchez-Pedreño, F. O., & Martín Lanás, R. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Serrano Ramírez, M., & Abello Luque, D. (enero de 2011). *Comorbilidad: Depresión, Ansiedad y Trastorno de Personalidad por Dependencia*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/320565345_Comorbilidad_Depresion_ansiedad_y_trastorno_de_personalidad_por_dependencia_Estudio_de_caso_unico
- Serrano, M. (S.f). *Formato de Historia Clínica*.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (marzo de 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar e Subjetividade, III*(1), 10-59.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (marzo de 2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade, 3*(1), 10-59. Recuperado el 9 de septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Spielberger, R., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2015). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (novena ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Starin, S. (S.f.). *Evaluaciones de Conducta Funcional: ¿Qué, Por qué, Cuándo, Dónde, y Quién?*
- Torres, A. (s.f.). *Los 4 Temperamentos del Ser Humano*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/personalidad/temperamentos-ser-humano>
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología, 62*-29.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (s.f). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión* (Sexta ed.). Bogotá: Thomson.
- Vásquez González, F. L. (2002). La Técnica de Solución de Problemas Aplicada a la Depresión Mayor. *Psicothema, 14*(3), 516-522. Recuperado el 07 de Agosto de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf>

- Vasquéz Rivera, S., Gómez Magariños, S., & González-Blanch, C. (2010). Efecto en el Cerebro de los Tratamientos Psicológicos Eficaces en los Trastornos de Ansiedad, una Revisión Sistemática. *Actas Españolas*, 38(4), 239-248. Recuperado el 7 de Abril de 2019, de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64-ESP-239-248-584208.pdf>
- Villarroel G., J., Jerez C., S., & Montenegro M., M. A. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de Esquemas: Guía Práctica*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Zuluaga Hurtado, D., & Arias Zuleta, A. M. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente*. Barranquilla: Universidad del Norte.

15. Anexos

12/05/2018

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor		X		
3. Temblor en las piernas	X			
4. Incapacidad para relajarse			X	
5. Miedo a que ocurra lo peor			X	
6. Vértigo o mareo	X			
7. Palpitaciones	X			
8. Inestabilidad			X	
9. Terror		X		
10. Nervios				X
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos	X			
13. Inestabilidad			X	
14. Miedo a perder el control			X	
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen	X			
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara		X		
21. Sudor (no debido al calor)				X
	3	10	6	= 19

Ansiedad Muy baja.

Scanned with CamScanner



19/05/2018

MOCQ

Por favor, conteste marcando con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni preguntas engañosas. Respuesta rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de las preguntas.

	Verdadero	Falso
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- A menudo llevo tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Uso sólo una cantidad media de jabón	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- Algunos números son de muy mala suerte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- No tardo mucho tiempo en vestirme por la mañana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- No me preocupo excesivamente por la limpieza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.- Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.- Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.- Las reiteradas comprobaciones son mi mayor problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.- No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.- No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- No siento mis manos sucias después de tocar dinero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.- Normalmente no cuento cuando estoy haciendo una tarea rutinaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.- El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.- No uso gran cantidad de antisépticos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.- Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.- Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.- Incluso cuando hago alguna cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL: **12** C. **1** L. **5** E. **2** D. **4**

15/05/2018

CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, D., Schnitter, M., Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer (2007).
Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia).

Instrucciones:
A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con una X debajo de la columna que señala la flecha (↓) el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1	2	3	4	5	6
No me describe en nada	Me describe mínimamente	Me describe un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	1 2 3 4 5 6														
2. Considero que los otros no me comprenden por que soy diferente	1 2 3 4 5 6														
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1 2 3 4 5 6														
4. No confío en otras personas	1 2 3 4 5 6														
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	1 2 3 4 5 6														
6. No puedo tomar decisiones por mi mismo	1 2 3 4 5 6														
7. No soporto el aburrimiento	1 2 3 4 5 6														
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1 2 3 4 5 6														
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	1 2 3 4 5 6														
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1 2 3 4 5 6														
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1 2 3 4 5 6														
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	1 2 3 4 5 6														
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1 2 3 4 5 6														
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1 2 3 4 5 6														
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	1 2 3 4 5 6														
16. Pienso que no encajo en los grupos	1 2 3 4 5 6														
17. Creo que atraigo la atención e impresiono positivamente a los demás	1 2 3 4 5 6														
18. Soy una persona desconfiada	1 2 3 4 5 6														
19. No cuento con muchas habilidades sociales	1 2 3 4 5 6														
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	1 2 3 4 5 6														
21. Es terrible que la gente me ignore	1 2 3 4 5 6														
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	1 2 3 4 5 6														
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	1 2 3 4 5 6														
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1 2 3 4 5 6														

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	1	2	3	4	5	6							3	
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	1	2	3	4	5	6							6	
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1	2	3	4	5	6							3	
28. Evito tener compromisos con los demás	1	2	3	4	5	6							4	
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	1	2	3	4	5	6								
30. Me aislo de los demás para no sentir malestar	1	2	3	4	5	6								
31. Pienso que los otros me admiran	1	2	3	4	5	6								
32. Estoy constantemente en guardia	1	2	3	4	5	6								
33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1	2	3	4	5	6								
34. Soy alguien necesitado y débil	1	2	3	4	5	6								
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1	2	3	4	5	6								
36. Los detalles son extremadamente importantes	1	2	3	4	5	6								
37. No tolero los sentimientos desagradables	1	2	3	4	5	6								
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	1	2	3	4	5	6								
39. Busco que los demás respeten mi status	1	2	3	4	5	6								
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1	2	3	4	5	6								
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	1	2	3	4	5	6								
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6								
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	1	2	3	4	5	6								
44. Las personas son especiales conmigo	1	2	3	4	5	6								
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1	2	3	4	5	6								
46. Me considero inepto en mi trabajo	1	2	3	4	5	6								
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser mas seguras que yo	1	2	3	4	5	6								
48. No tolero la soledad	1	2	3	4	5	6								
49. Busco ser muy competente para no fracasa	1	2	3	4	5	6								
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1	2	3	4	5	6								
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	1	2	3	4	5	6								
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	1	2	3	4	5	6								
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	1	2	3	4	5	6								
54. Soy una persona encantadora e irresistible	1	2	3	4	5	6								
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1	2	3	4	5	6								
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	1	2	3	4	5	6								
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	1	2	3	4	5	6								
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	1	2	3	4	5	6								
59. Soy muy extraño y diferente	1	2	3	4	5	6								
60. Soy una persona demasiado especial	1	2	3	4	5	6								
61. Soy suspicaz	1	2	3	4	5	6								
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	1	2	3	4	5	6								
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	1	2	3	4	5	6								
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	1	2	3	4	5	6								
65. Prefiero estar aislado de los demás	1	2	3	4	5	6								

19/03/2018

CUESTIONARIO E.M.T.

Usted va a encontrar enumerada una serie de afirmaciones que cualquier persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada afirmación y decida qué tan bien lo (a) describe a lo largo de su vida. Cuando encuentre algún conflicto, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que piensa debería contestar.

Valoración del puntaje:

1. No se ajusta a mí para nada durante mi vida.
2. Verdadero para mí, durante un período corto de mi vida, pero no por mucho tiempo.
3. Verdadero para mí ahora, pero no ha sido generalmente cierto durante mi vida.
4. Moderadamente verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
5. Muy verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
6. Me describe perfectamente en la mayor parte de mi vida.

1	No me siento capaz de valirme por mí mismo.	1	2	3	4	5	6
2	Necesito de otras personas que me ayuden a vivir	1	2	3	4	5	6
3	No me siento que pueda enfrentarme bien a las cosas por mí mismo	1	2	3	4	5	6
4	Creo que otras personas pueden cuidarme mejor de lo que yo mismo lo haría	1	2	3	4	5	6
5	Tengo dificultades para empezar nuevas tareas a menos que alguien me guíe.	1	2	3	4	5	6
6	Me veo a mí mismo como dependiente.	1	2	3	4	5	6

7	Dejo que otras personas se salgan con la suya	1	2	3	4	5	6
8	Pienso que si hago lo que quiero tendré problemas	1	2	3	4	5	6
9	Siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás	1	2	3	4	5	6
10	Antepongo las necesidades de los otros a las mías.	1	2	3	4	5	6
11	En las relaciones interpersonales dejo que la otra persona lleve la delantera.	1	2	3	4	5	6
12	Encuentro difícil ser yo mismo con otra gente.	1	2	3	4	5	6
13	Realmente no sé qué es lo que quiero para mí.	1	2	3	4	5	6
14	No puedo expresar mi ira porque los demás me desaprobarán o me abandonarán.	1	2	3	4	5	6
15	Pienso que las decisiones más importantes de mi vida no han sido realmente mías.	1	2	3	4	5	6
16	Me siento culpable porque le quedo mal a la gente o los defraudo.	1	2	3	4	5	6
17	Doy más a los demás de lo que recibo.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupo por complacer a los demás.	1	2	3	4	5	6
19	Acumulo dentro de mí un montón de ira y resentimiento que no puedo expresar	1	2	3	4	5	6

Scanned with CamScanner

20	Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1	2	3	4	5	6
21	Siento con frecuencia que algo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
22	Pienso que un desastre (natural, criminal, financiero, médico)...	1	2	3	4	5	6
23	Me preocupa volverme un vagabundo o una persona de la calle.	1	2	3	4	5	6
24	Me preocupa la posibilidad de ser atacado.	1	2	3	4	5	6
25	Soy muy cuidadoso con el manejo del dinero para no correr el riesgo de terminar con nada.	1	2	3	4	5	6
26	Tomo grandes precauciones para no enfermarme o lastimarme	1	2	3	4	5	6
27	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme pobre.	1	2	3	4	5	6
28	Me preocupo por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave, aún cuando nada serio ha sido detectado por el médico.	1	2	3	4	5	6
29	Soy una persona temerosa.	1	2	3	4	5	6
30	Prefiero hacer las cosas de la manera segura o familiar mas arriesgar lo inesperado.	1	2	3	4	5	6
31	Pienso mucho acerca de las cosas terribles que pasan en el mundo; el crimen, polución, etc.	1	2	3	4	5	6
32	Me preocupa perder el control de mis acciones	1	2	3	4	5	6
33	Pienso con frecuencia que podría enloquecer.	1	2	3	4	5	6
34	Siento con frecuencia que voy a tener un ataque de ansiedad	1	2	3	4	5	6
35	Me preocupa que yo pueda empezar a sonrojarme o a sudar delante de otros.	1	2	3	4	5	6
36	Con frecuencia me siento al borde del llanto incontrolable.	1	2	3	4	5	6
37	Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4	5	6
38	Me preocupa que yo pueda dañar a alguien (física o emocionalmente) si mi ira se me sale de control.	1	2	3	4	5	6
39	Siento que tengo que controlar mis emociones e impulsos o algo malo puede ocurrir.	1	2	3	4	5	6
40	Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
41	No recibo suficiente amor ni atención.	1	2	3	4	5	6
42	No tengo a nadie que me pueda ayudar o aconsejar	1	2	3	4	5	6
43	No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase.	1	2	3	4	5	6
44	No tengo a nadie que quiera acercárseme afectivamente y que pase mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
45	Yo podría desaparecer de la faz de la tierra y nadie me extrañaría	1	2	3	4	5	6
46	Mis relaciones interpersonales son básicamente superficiales	1	2	3	4	5	6
47	No siento que yo sea especial para nadie	1	2	3	4	5	6

48	Nadie realmente me escucha, entiende o está sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos	1	2	3	4	5	6
49	Estoy destinado a estar solo siempre.	1	2	3	4	5	6
50	Me preocupa que alguien que yo ame muera pronto, aún cuando hay poca evidencia médica para sustentar mi preocupación.	1	2	3	4	5	6
51	Me encuentro a mí mismo muy aferrado a la gente que quiero.	1	2	3	4	5	6
52	Me preocupa que la gente que yo quiero me deje o abandone.	1	2	3	4	5	6
53	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	1	2	3	4	5	6
54	No siento que las relaciones interpersonales importantes durarán. Yo espero que ellas se acaben.	1	2	3	4	5	6
55	Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí	1	2	3	4	5	6
56	Me tengo que proteger contra los ataques y desaires de los demás.	1	2	3	4	5	6
57	La mejor forma para mí de evitar ser dañado es atacar primero.	1	2	3	4	5	6
58	Siento que tengo que vengarme de la forma como me ha tratado la gente.	1	2	3	4	5	6
59	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas.	1	2	3	4	5	6
60	Si alguien es querido conmigo, yo asumo que debe estar detrás de algo.	1	2	3	4	5	6
61	Es solo una cuestión de tiempo antes que la gente me traicione	1	2	3	4	5	6
62	La mayoría de las personas solo piensan en ellas mismas.	1	2	3	4	5	6
63	Me da muchísima dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
64	Soy muy suspicaz acerca de los motivos de los otros.	1	2	3	4	5	6
65	Yo no quepo, no me ajusto a las situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
66	Yo soy fundamentalmente diferente a los demás	1	2	3	4	5	6
67	Soy un solitario	1	2	3	4	5	6
68	Me siento alineado por otra gente	1	2	3	4	5	6
69	Me siento aislado y solo	1	2	3	4	5	6
70	Ninguna persona que yo desee podrá amarme una vez conozca mis defectos.	1	2	3	4	5	6
71	Ninguna persona que yo quiera querrá permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.	1	2	3	4	5	6
72	Yo soy esencialmente imperfecto y defectuoso.	1	2	3	4	5	6
73	No importa qué tanto lo intente, yo no puedo hacer que una persona significativa me respete o sienta que soy valioso.	1	2	3	4	5	6
74	Yo no soy merecedor de amor, atención y respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6
75	No soy sexualmente atractivo	1	2	3	4	5	6

76	Soy demasiado gordo(a).	1	2	3	4	5	6
77	Soy feo	1	2	3	4	5	6
78	No soy capaz de sostener una conversación aceptable.	1	2	3	4	5	6
79	Soy torpe y aburrido en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
80	La gente que yo valoro no se relacionará conmigo por mi estatus social (ej. Ingreso, nivel cultural, profesión, etc.)	1	2	3	4	5	6
81	Nunca sé qué decir socialmente.	1	2	3	4	5	6
82	A la gente no le gusta incluirme en sus grupos.	1	2	3	4	5	6
83	Casi nada de lo que yo hago es tan bueno como lo que hacen los demás	1	2	3	4	5	6
84	Soy incompetente.	1	2	3	4	5	6
85	La mayoría de las personas son más capaces de lo que yo soy	1	2	3	4	5	6
86	Todo lo que emprendo me sale mal	1	2	3	4	5	6
87	Soy inepto.	1	2	3	4	5	6
88	Soy un fracaso	1	2	3	4	5	6
89	Si confío en mi propio criterio, tomaré la decisión equivocada	1	2	3	4	5	6
90	Me falta sentido común.	1	2	3	4	5	6
91	En mi criterio no se puede confiar.	1	2	3	4	5	6
92	Yo soy esencialmente una mala persona	1	2	3	4	5	6
93	Merezco ser castigado	1	2	3	4	5	6
94	No merezco placer o felicidad	1	2	3	4	5	6
95	Cuando cometo un error, merezco ser criticado y fuertemente castigado.	1	2	3	4	5	6
96	Soy muy crítico ante mis errores.	1	2	3	4	5	6
97	Me siento muy culpable de errores que he cometido.	1	2	3	4	5	6
98	En ciertas cosas no parece que yo fuera capaz de alcanzar mis principios morales o religiosos, no importa que tan duro trate.	1	2	3	4	5	6
99	A menudo me siento culpable sin saber por qué.	1	2	3	4	5	6
100	Yo me avergüenzo de mis fracasos o inadecuaciones.	1	2	3	4	5	6
101	Yo soy demasiado inferior o inaceptable para mostrar mis fallas ante los demás.	1	2	3	4	5	6
102	Si otras personas averiguan mis defectos, no podría enfrentarlas	1	2	3	4	5	6
103	A menudo me siento avergonzado cuando estoy con otros porque yo no les doy la medida.	1	2	3	4	5	6
104	Yo soy muy retraído cuando estoy con otra gente alrededor.	1	2	3	4	5	6

105	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que yo hago, no puedo aceptar ser el segundo.	1	2	3	4	5	6
106	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
107	Tengo que lucir de la mejor forma la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5	6
108	Yo trato de hacer lo mejor que puedo; no me puedo conformar con un simple "bien".	1	2	3	4	5	6
109	Tengo tanto que hacer que casi no tengo tiempo de relajarme.	1	2	3	4	5	6
110	Casi nada de lo que yo hago es lo suficientemente bueno; siempre puedo mejorar.	1	2	3	4	5	6
111	Yo tengo que cumplir todas mis responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
112	Siento que hay una presión constante para que yo alcance y haga cosas.	1	2	3	4	5	6
113	Mis relaciones interpersonales se afectan, porque me presiono demasiado.	1	2	3	4	5	6
114	Mi salud se está afectando porque yo me pongo demasiada presión para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
115	Con frecuencia sacrifico el placer y la felicidad para alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6

116	Tengo gran dificultad para aceptar un "NO" por respuesta cuando quiero algo de otra gente.	1	2	3	4	5	6
117	Con frecuencia me enoja o me irrito si no puedo conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5	6
118	Yo soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que le ponen a los demás.	1	2	3	4	5	6
119	Odio sentirme frenado o restringido para hacer más cosas.	1	2	3	4	5	6
120	Tengo gran dificultad para aceptar aspectos de mi vida que no son de las cosas que yo quisiera que ellos fueran, aún cuando veo que objetivamente mi vida es buena.	1	2	3	4	5	6
121	Tengo gran dificultad para parar de beber, fumar, comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	1	2	3	4	5	6
122	No parezco ser capaz de disciplinarme para completar rutinas o tareas.	1	2	3	4	5	6
123	Con frecuencia me permito a mí mismo dejarme llevar por impulsos o expresar emociones que me ponen en problemas o hieren a otras personas.	1	2	3	4	5	6

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.
Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- Tristeza**
- A. 0. No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- Pesimismo**
- B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1. Me siento desalentado por el futuro
2. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- Sensación de fracaso**
- C. 0. No me siento como un fracasado
1. Siento que he fracasado más que el promedio
2. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
3. Siento que soy un fracasado completo.
- Insatisfacción**
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
1. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
2. Nunca siento satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho de todo.
- Culpa**
- E. 0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
2a. Me siento algo culpable
2b. Me siento mal o indigno casi siempre
3. Siento que soy malo o inútil
- Expectativas de castigo**
- F. 0. No siento que este siendo castigado
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
2. Siento que soy castigado o que seré castigado
3a. Creo que merezco ser castigado
3b. Deseo ser castigado.
- Autoacusación**
- G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
1a. Estoy decepcionado de mí mismo
1b. No me agrado
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio.
- Ideas suicidas**
- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.
1. Me critico por mi debilidad o errores
2. Me reprocho mis culpas
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- Ideas suicidas**
- I. 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
2. Siento que estaría mejor muerto
2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
3a. Tengo planes definidos para suicidarme
3b. Me mataría, si pudiera.

Episodios de llanto

J. 0. No lloro más de lo usual
1. Llora más de lo que acostumbraba
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.

Irritabilidad

K. 0. No estoy más irritado de lo habitual
1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual
2. Me siento irritado siempre
3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban.

Retraimiento Social

L. 0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurre.

Indecisión

M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre
1. Tanto el evitar tomar decisiones
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
3. No puedo tomar ninguna decisión.

Cambios en la imagen corporal

N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
3. Siento que luzco feo o repulsivo

Entorpecimiento

O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
2. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
3. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

Insomnio

P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormir.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Fatigabilidad

Q. 0. No me canso más de lo usual
1. Me canso más fácilmente que lo usual
2. Me canso de no hacer nada
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa

Pérdida de apetito

R. 0. Mi apetito no cambia a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
2. Mi apetito es deficiente
3. No tengo apetito

Pérdida de peso

S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 1/2 Kg
2. He perdido más de 5 Kg
3. He perdido más de 7 Kg

Preocupaciones Somáticas

T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o congestión.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otras preocupaciones.
3. Estoy excesivamente preocupado de cómo me siento.

Bajo nivel de energía

U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
2. Mi interés por el sexo es casi nulo
3. He perdido completamente el interés por el sexo.



MOCQ

Por favor, conteste marcando con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni preguntas engañosas. Respuesta rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de las preguntas.

	Verdadero	Falso
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Uso sólo una cantidad media de jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Algunos números son de muy mala suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- No tardo mucho tiempo en vestirme por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- No me preocupo excesivamente por la limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Las reiteradas comprobaciones son mi mayor problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- No siento mis manos sucias después de tocar dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Normalmente no cuento cuando estoy haciendo una tarea rutinaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- No uso gran cantidad de antisépticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Incluso cuando hago alguna cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: C. L. E. D.

CUESTIONARIO E.M.T.

Usted va a encontrar enumerada una serie de afirmaciones que cualquier persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada afirmación y decida qué tan bien lo (a) describe a lo largo de su vida. Cuando encuentre algún conflicto, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que piensa debería contestar.

Valoración del puntaje:

1. No se ajusta a mí para nada durante mi vida.
2. Verdadero para mí, durante un período corto de mi vida, pero no por mucho tiempo.
3. Verdadero para mí ahora, pero no ha sido generalmente cierto durante mi vida.
4. Moderadamente verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
5. Muy verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
6. Me describe perfectamente en la mayor parte de mi vida.

1	No me siento capaz de valerme por mí mismo.	1	2	3	4	5	6
2	Necesito de otras personas que me ayuden a vivir	1	2	3	4	5	6
3	No me siento que pueda enfrentarme bien a las cosas por mí mismo	1	2	3	4	5	6
4	Creo que otras personas pueden cuidarme mejor de lo que yo mismo lo haría	1	2	3	4	5	6
5	Tengo dificultades para empezar nuevas tareas a menos que alguien me guíe.	1	2	3	4	5	6
6	Me veo a mí mismo como dependiente.	1	2	3	4	5	6

7	Dejo que otras personas se salgan con la suya	1	2	3	4	5	6
8	Pienso que si hago lo que quiero tendré problemas	1	2	3	4	5	6
9	Siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás	1	2	3	4	5	6
10	Antepongo las necesidades de los otros a las mías.	1	2	3	4	5	6
11	En las relaciones interpersonales dejo que la otra persona lleve la delantera.	1	2	3	4	5	6
12	Encuentro difícil ser yo mismo con otra gente.	1	2	3	4	5	6
13	Realmente no sé qué es lo que quiero para mí.	1	2	3	4	5	6
14	No puedo expresar mi ira porque los demás me desaprobarán o me abandonarán.	1	2	3	4	5	6
15	Pienso que las decisiones más importantes de mi vida no han sido realmente mías.	1	2	3	4	5	6
16	Me siento culpable porque le quedo mal a la gente o los defraudo.	1	2	3	4	5	6
17	Doy más a los demás de lo que recibo.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupo por complacer a los demás.	1	2	3	4	5	6
19	Acumulo dentro de mí un montón de ira y resentimiento que no puedo expresar	1	2	3	4	5	6

20	Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1	2	3	4	5	6
21	Siento con frecuencia que algo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
22	Pienso que un desastre (natural, criminal, financiero, médico)...	1	2	3	4	5	6
23	Me preocupa volverme un vagabundo o una persona de la calle.	1	2	3	4	5	6
24	Me preocupa la posibilidad de ser atacado.	1	2	3	4	5	6
25	Soy muy cuidadoso con el manejo del dinero para no correr el riesgo de terminar con nada.	1	2	3	4	5	6
26	Tomo grandes precauciones para no enfermarme o lastimarme	1	2	3	4	5	6
27	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme pobre.	1	2	3	4	5	6
28	Me preocupo por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave, aún cuando nada serio ha sido detectado por el médico.	1	2	3	4	5	6
29	Soy una persona temerosa.	1	2	3	4	5	6
30	Prefiero hacer las cosas de la manera segura o familiar mas arriesgar lo inesperado.	1	2	3	4	5	6
31	Pienso mucho acerca de las cosas terribles que pasan en el mundo; el crimen, polución, etc.	1	2	3	4	5	6
32	Me preocupa perder el control de mis acciones	1	2	3	4	5	6
33	Pienso con frecuencia que podría enloquecer.	1	2	3	4	5	6
34	Siento con frecuencia que voy a tener un ataque de ansiedad	1	2	3	4	5	6
35	Me preocupa que yo pueda empezar a sonrojarme o a sudar delante de otros.	1	2	3	4	5	6
36	Con frecuencia me siento al borde del llanto incontrolable.	1	2	3	4	5	6
37	Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4	5	6
38	Me preocupa que yo pueda dañar a alguien (física o emocionalmente) si mi ira se me sale de control.	1	2	3	4	5	6
39	Siento que tengo que controlar mis emociones e impulsos o algo malo puede ocurrir.	1	2	3	4	5	6
40	Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
41	No recibo suficiente amor ni atención.	1	2	3	4	5	6
42	No tengo a nadie que me pueda ayudar o aconsejar	1	2	3	4	5	6
43	No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase.	1	2	3	4	5	6
44	No tengo a nadie que quiera acercárseme afectivamente y que pase mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
45	Yo podría desaparecer de la faz de la tierra y nadie me extrañaría	1	2	3	4	5	6
46	Mis relaciones interpersonales son básicamente superficiales	1	2	3	4	5	6
47	No siento que yo sea especial para nadie	1	2	3	4	5	6

48	Nadie realmente me escucha, entiende o está sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos	1	2	3	4	5	6
49	Estoy destinado a estar solo siempre.	1	2	3	4	5	6
50	Me preocupa que alguien que yo ame muera pronto, aún cuando hay poca evidencia médica para sustentar mi preocupación.	1	2	3	4	5	6
51	Me encuentro a mí mismo muy aferrado a la gente que quiero.	1	2	3	4	5	6
52	Me preocupa que la gente que yo quiero me deje o abandone.	1	2	3	4	5	6
53	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	1	2	3	4	5	6
54	No siento que las relaciones interpersonales importantes durarán. Yo espero que ellas se acaben.	1	2	3	4	5	6
55	Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí	1	2	3	4	5	6
56	Me tengo que proteger contra los ataques y desaires de los demás.	1	2	3	4	5	6
57	La mejor forma para mí de evitar ser dañado es atacar primero.	1	2	3	4	5	6
58	Siento que tengo que vengarme de la forma como me ha tratado la gente.	1	2	3	4	5	6
59	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas.	1	2	3	4	5	6
60	Si alguien es querido conmigo, yo asumo que debe estar detrás de algo.	1	2	3	4	5	6
61	Es solo una cuestión de tiempo antes que la gente me traicione	1	2	3	4	5	6
62	La mayoría de las personas solo piensan en ellas mismas.	1	2	3	4	5	6
63	Me da muchísima dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
64	Soy muy suspicaz acerca de los motivos de los otros.	1	2	3	4	5	6
65	Yo no quepo, no me ajusto a las situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
66	Yo soy fundamentalmente diferente a los demás	1	2	3	4	5	6
67	Soy un solitario	1	2	3	4	5	6
68	Me siento alineado por otra gente	1	2	3	4	5	6
69	Me siento aislado y solo	1	2	3	4	5	6
70	Ninguna persona que yo desee podrá amarme una vez conozca mis defectos.	1	2	3	4	5	6
71	Ninguna persona que yo quiera querrá permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.	1	2	3	4	5	6
72	Yo soy esencialmente imperfecto y defectuoso.	1	2	3	4	5	6
73	No importa qué tanto lo intente, yo no puedo hacer que una persona significativa me respete o sienta que soy valioso.	1	2	3	4	5	6
74	Yo no soy merecedor de amor, atención y respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6
75	No soy sexualmente atractivo	1	2	3	4	5	6

76	Soy demasiado gordo(a).	1	2	3	4	5	6
77	Soy feo	1	2	3	4	5	6
78	No soy capaz de sostener una conversación aceptable.	1	2	3	4	5	6
79	Soy torpe y aburrido en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
80	La gente que yo valoro no se relacionará conmigo por mi estatus social (ej. Ingreso, nivel cultural, profesión, etc.)	1	2	3	4	5	6
81	Nunca sé qué decir socialmente.	1	2	3	4	5	6
82	A la gente no le gusta incluirme en sus grupos.	1	2	3	4	5	6

83	Casi nada de lo que yo hago es tan bueno como lo que hacen los demás	1	2	3	4	5	6
84	Soy incompetente.	1	2	3	4	5	6
85	La mayoría de las personas son más capaces de lo que yo soy	1	2	3	4	5	6
86	Todo lo que emprendo me sale mal	1	2	3	4	5	6
87	Soy inepto.	1	2	3	4	5	6
88	Soy un fracaso	1	2	3	4	5	6
89	Si confío en mi propio criterio, tomaré la decisión equivocada	1	2	3	4	5	6
90	Me falta sentido común.	1	2	3	4	5	6
91	En mi criterio no se puede confiar.	1	2	3	4	5	6

92	Yo soy esencialmente una mala persona	1	2	3	4	5	6
93	Merezco ser castigado	1	2	3	4	5	6
94	No merezco placer o felicidad	1	2	3	4	5	6
95	Cuando cometo un error, merezco ser criticado y fuertemente castigado.	1	2	3	4	5	6
96	Soy muy crítico ante mis errores.	1	2	3	4	5	6
97	Me siento muy culpable de errores que he cometido.	1	2	3	4	5	6
98	En ciertas cosas no parece que yo fuera capaz de alcanzar mis principios morales o religiosos, no importa que tan duro trate.	1	2	3	4	5	6
99	A menudo me siento culpable sin saber por qué.	1	2	3	4	5	6

100	Yo me avergüenzo de mis fracasos o inadecuaciones.	1	2	3	4	5	6
101	Yo soy demasiado inferior o inaceptable para mostrar mis fallas ante los demás.	1	2	3	4	5	6
102	Si otras personas averiguan mis defectos, no podría enfrentarlas	1	2	3	4	5	6
103	A menudo me siento avergonzado cuando estoy con otros porque yo no les doy la medida.	1	2	3	4	5	6
104	Yo soy muy retraído cuando estoy con otra gente alrededor.	1	2	3	4	5	6

105	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que yo hago, no puedo aceptar ser el segundo.	1	2	3	4	5	6
106	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden	1	2	3	4	5	6
107	Tengo que lucir de la mejor forma la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5	6
108	Yo trato de hacer lo mejor que puedo; no me puedo conformar con un simple "bien"	1	2	3	4	5	6
109	Tengo tanto que hacer que casi no tengo tiempo de relajarme.	1	2	3	4	5	6
110	Casi nada de lo que yo hago es lo suficientemente bueno; siempre puedo mejorar.	1	2	3	4	5	6
111	Yo tengo que cumplir todas mis responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
112	Siento que hay una presión constante para que yo alcance y haga cosas.	1	2	3	4	5	6
113	Mis relaciones interpersonales se afectan, porque me presiono demasiado.	1	2	3	4	5	6
114	Mi salud se está afectando porque yo me pongo demasiada presión para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
115	Con frecuencia sacrifico el placer y la felicidad para alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6

116	Tengo gran dificultad para aceptar un "NO" por respuesta cuando quiero algo de otra gente.	1	2	3	4	5	6
117	Con frecuencia me enojo o me irrito si no puedo conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5	6
118	Yo soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que le ponen a los demás.	1	2	3	4	5	6
119	Odio sentirme frenado o restringido para hacer más cosas.	1	2	3	4	5	6
120	Tengo gran dificultad para aceptar aspectos de mi vida que no son de las cosas que yo quisiera que ellos fueran, aún cuando veo que objetivamente mi vida es buena.	1	2	3	4	5	6
121	Tengo gran dificultad para parar de beber, fumar, comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	1	2	3	4	5	6
122	No parezco ser capaz de disciplinarme para completar rutinas o tareas.	1	2	3	4	5	6
123	Con frecuencia me permito a mí mismo dejarme llevar por impulsos o expresar emociones que me ponen en problemas o hieren a otras personas.	1	2	3	4	5	6

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE COMORBILIDAD CLÍNICA ENTRE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE. UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Nombre de la psicóloga(o): Naimara Gutierrez Parodys

Señor(a) Kimberly Hansen le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a: 1) describir los componentes históricos que estructuran el esquema de Inamabilidad como construcción personal para establecer una relación de simultaneidad entre el trastorno depresivo persistente y los síntomas obsesivos-compulsivos; 2) argumentar desde la perspectiva cognitivo-conductual las alteraciones afectivo-emocional con la configuración de una personalidad caracterizada por la dependencia; 3) Analizar la eficacia de un plan de intervención dirigido a la re significación del esquema de Inamabilidad y reconfiguración adaptativa de la sintomatología comorbida.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre la comorbilidad clínica entre trastorno obsesivo-

Escaneado con CamScanner

compulsivo, trastorno depresivo persistente y características de personalidad dependiente y de haber recibido del señor(a) Naimara Gutierrez Parodys explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Naimara Gutierrez Parodys para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor (a) Naimara Gutierrez en la ciudad de Barranquilla el día 16 del mes de junio del año 2018.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Kimberly Susan Hansen Firma: Kimberly
Cédula de extranjería: 659452 de Estados Unidos

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Naimara Gutierrez Parodys Firma: Naimara Gutierrez
Cédula de ciudadanía: 4063640665 de Valledupar
Teléfono: 3007060647, Correo electrónico: naimara-nay@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Marleyn Margarita Serrano Ramirez Firma: _____
Cédula de ciudadanía: _____ de _____
Teléfono: 3008111203, Correo electrónico: Serrano.msi@gmail.com

Escaneado con CamScanner